

Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide

Denis Germania Monsalve Echavarría

Trabajo para optar al grado de Maestría en Psicología

Asesora: Ana María Arias Zuleta

Universidad del Norte

Facultad de ciencias sociales y humanas

Psicología

Barranquilla

2017

Dedicatoria

A Dios por acompañarme en este camino. A mi
esposo, hijo, padres y hermanos por su apoyo,
comprensión en este proyecto de mi vida y porque
nunca desfalleciera de cumplir este sueño.

A ti por hacer posible este logro.

Tabla de contenido

Información general del proyecto	5
1. Introducción	6
2. Justificación	7
3. Área problemática	9
4. Preguntas guías y objetivos	12
4.1. Objetivo general	12
4.2. Objetivos específicos	12
5. Historia clínica del paciente	13
5.1. Historia del caso	13
5.2. Historia psiquiátrica	14
5.3. Historia social y personal	14
5.4. Genograma	17
5.5. Historia médica	18
5.6. Observaciones sobre el estado mental.	18
6. Formulación del caso	19
6.1. Precipitantes	19
6.2. Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales.	19
6.3. Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos	20
6.4. Diagrama de conceptualización cognitiva.	20
• Categorización	22
6.5. Fortalezas.	22
6.6. Hipótesis de trabajo.	22
7. Plan de tratamiento	23
7.1. Listado de problema:	24
7.2. Metas del tratamiento	24
8. Curso de Tratamiento	28
8.1. Relación terapéutica	28
8.2. Intervenciones y procedimientos	29
8.3. Obstáculos	30
8.4. Resultados	30
9. Descripción detallada de las sesiones	31

9.1. Sesión dos:	31
9.2. Sesión tres:	32
9.3. Sesión cuatro:.....	34
9.4. Sesión cinco:	35
9.5. Sesión seis:.....	37
10. Marco conceptual de referencia	38
10.1. La personalidad y sus Trastornos.....	38
10.2. El TPP tiene unos rasgos básicos	42
10.3. Perfil cognitivo.....	42
10.4. Variantes clínicas.....	44
10.5. Procesos de autoperpetuación	45
10.6. Criterios diagnósticos para el TPP	46
10.6.1. Criterios diagnósticos DSM-5.	46
10.6.2. Criterios diagnósticos CIE-10.	47
10.7. Prevalencia.....	48
10.8. Desarrollo y Curso	49
10.10. Diagnóstico diferencial.....	51
11. Teorías Explicativas	54
11.1. Perspectiva Biológica	55
11.2. Perspectiva psicodinámica.....	56
11.3 Perspectiva interpersonal	56
11.4. Perspectiva Cognitiva	59
12. Evaluación.....	60
12.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II	60
12.2. Escala de Paranoia (PS).....	61
13. Tratamiento cognitivo conductual.....	61
14. Análisis del caso.....	66
15. Conclusión y discusión	71
Referencias bibliográficas.....	74

Información general del proyecto

Título: Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide.

Investigador y director

Investigador: Denis Germania Monsalve Echavarría.

Director: Ana María Arias.

Resumen

Las personas consultan cada vez más al psicólogo por ciertas situaciones que le generan malestar significativo en su vida. En este caso una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide, coexistente con una relación conflictiva de pareja; las personas con rasgos de Trastorno de Personalidad Paranoide pocas veces consultan por este motivo, además en terapia son de difícil intervención por los rasgos propios, como la desconfianza, suspicacia, hipervigilancia, la necesidad de control. Lo que suscita un desafío al momento de intervenir la problemática.

Por lo tanto, se busca en esta investigación, rastrear la etiología y los modelos terapéuticos del trastorno, con el fin de hallar tratamiento que permita realizar una intervención eficaz que brinde una mejoría significativa al paciente y se pueda cumplir los objetivos propuestos en la terapia. Durante el transcurso del tratamiento se logró identificar que la paciente no tenía un Trastorno de Personalidad Paranoide, sin embargo, cumplía con Rasgos de Personalidad Paranoide. El acompañamiento y las técnicas de terapia cognitiva, han contribuido a trabajar sobre ella e intervenir su problemática alcanzando resultados satisfactorios.

Palabras claves: paranoide, trastorno de personalidad, relación conflictiva, pareja, trastorno paranoide.

1. Introducción

Esta investigación tiene como objeto realizar el análisis, descripción y conceptualización de una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide, y describir el tratamiento llevado a cabo sobre un paciente con este rasgo, lo que constituye la exposición de un Caso Clínico Único (CCU) aplicado a un paciente que acude a consulta, por el malestar significativo causado por la infidelidad de su pareja, para lo cual se indaga en su historia de vida, el surgimiento de la patología y las estrategias desarrolladas por el paciente para sobrellevar la situación. La terapia se extiende a lo largo de año y medio, donde se desarrollaron varias sesiones, algunas de las cuales, por su relevancia para entender el CCU se expondrán en apartados posteriores, describiéndolas detalladamente. Para esta conceptualización del CCU, se sigue el Modelo de Terapia Cognitiva (Beck, J, 1995) teniendo en cuenta, las estrategias que se asumieron, y cuáles fueron las finalidades y los objetivos alcanzados.

Envista de que los rasgos de alguna manera complejizaron el tratamiento por eso se realizó una búsqueda exhaustiva del tratamiento del Trastorno de Personalidad Paranoide, no porque ella tuviera un trastorno sino porque las estrategias de intervención empleadas fueron con base en los focos de intervención del Trastorno de Personalidad Paranoide, para facilitar la eficacia del tratamiento y por eso gran parte del trabajo va estar enfocado en dicho trastorno, aunque el caso sea de rasgos de personalidad paranoide.

Cabe anotar que, a pesar de la búsqueda exhaustiva de información sobre investigaciones realizadas en pacientes con este Trastorno, los resultados obtenidos fueron escasos, ya que según (Beck & Freeman, 2005) el Trastorno de Personalidad Paranoide no es la principal razón por la que las personas con este, buscan ayuda profesional. También,

los rasgos propios, contribuyen a obstaculizar el establecimiento de un nivel de confianza necesario que facilite la intervención y tratamiento del paciente. Por lo anterior, este trabajo, resulta una excelente oportunidad para dar visibilidad a este tipo de trastorno, las estrategias utilizadas y las propuestas de diferentes autores para el tratamiento del mismo, su perfil cognitivo, procesos de autoperpetuación, variantes clínicas y la relación terapéutica, que; si bien es un CCU, puede aminorar la exigua existencia de información relativa al Trastorno de Personalidad Paranoide.

2. Justificación

La investigación de un Caso Clínico Único (CCU) permite profundizar, conceptualizar, evaluar y formular un plan de tratamiento e intervención acerca de la problemática de una paciente. El estudio del CCU es uno de los métodos más útiles desde el punto de vista aplicado, porque permiten transmitir experiencias de forma sistemática para que haya una apropiación de conocimientos y discusión sobre esos temas, lo que permite el acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica (G & J, 2002)(Barón et al., 2015). Cabe señalar que los anteriores autores establecen guías o directrices claras de un CCU, que permita a los psicólogos clínicos establecer una mejor planificación del proceso terapéutico para que así, sea expresada en un lenguaje estandarizado. La investigación permite adquirir nuevos conocimientos del CCU lo que permite indagar acerca de los posibles orígenes del trastorno, en qué tipo de población se puede encontrar, y qué estrategias de intervención se pueden usar en cada caso específico. Ahora bien, para esta investigación de un CCU se toma el Modelo de Beck, Academia de Terapia Cognitiva (Ferrer, 2015) propone los siguientes puntos: (a) historia del caso (identificación, queja principal, historia del problema actual, historia psiquiátrica pasada, historia social y

personal, historia médica, observaciones sobre el estado mental, diagnóstico basado en el DSM-5); (b) formulación del caso (precipitantes -situaciones activadoras-, enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales, enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos, fortaleza, e hipótesis de trabajo); (c) plan de tratamiento (listado de problemas, objetivos terapéuticos y plan de tratamiento); y (d) curso del tratamiento (relación terapéutica, intervenciones/procedimientos y obstáculos). Estos pasos permiten llevar a cabo un estudio organizado y normalizado, que permite relacionar lo teórico con lo práctico del caso, y sirve como referente para investigaciones posteriores. (p. 89-107)

Este estudio trata de una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide con una relación conflictiva de pareja. Las personas con Trastorno de Personalidad Paranoide o rasgos de este, se caracterizan por un patrón de suspicacia y de desconfianza generalizada hacia los demás que hace que interpreten como malévolas sus acciones: imaginan que otras personas les explotan, dañan o engañan, incluso aunque no exista ninguna evidencia que apoye esta creencia (Amerinca Psychologic Association, 2014). De igual forma, los procesos de intervención son complejos, pues estos pacientes, consultan con poca frecuencia a causa del trastorno, y de hacerlo, es posible que proporcionen información incompleta ya que piensan que ésta, puede ser utilizada para fines no terapéuticos y malévolos.

Por otro lado, “los conflictos son inherentes a cualquier tipo de relación interpersonal, y en el caso de las relaciones de pareja pueden tener innumerables efectos destructivos(Valor-segura & Expósito, 2010). De ahí que, cuando estas relaciones no funcionan generan dificultades que conducen a situaciones que desestabilizan la vida personal, laboral y social de la paciente.

Este trabajo busca demostrar cómo, desde la teoría y la práctica clínica, se pueden articular los procesos dentro de la terapia cognitiva para que estos sean más estables, duraderos y se trabaje en la prevención de recaídas, de manera que se consolide una alianza terapéutica entre paciente y psicólogo. Para esto se utiliza la categorización del Modelo de Terapia Cognitiva (MTC) que ayuda a entender y analizar la relación entre los anteriores diagnósticos. Es importante llegar a comprender el origen del rasgo, las estrategias de afrontamiento y cómo éstas se perpetúan a lo largo de la vida de la paciente.

La terapia Cognitiva permite ahondar sobre la causa y consecuencia. (Beck, 1995). Este modelo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación de pensamiento producen una mejoría de los estados de ánimo y mayor grado de funcionalidad. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

La investigación de un Caso Clínico Único de Rasgos de Personalidad Paranoide con una relación conflictiva con la pareja, es importante debido a que son pocas las exploraciones realizadas sobre este tema. Por lo que, además, permitirá a la comunidad académica y científica contar con una visión e información de base sobre esta problemática.

3. Área problemática

Este estudio de caso se fundamenta en la psicología anormal (PA), cuyo marco de referencia ha se ha sustentado desde distintas teorías explicativas: teorías supersticiosas, teorías de carácter médico y la teoría del aprendizaje, entre otras. La psicología anormal estudia la conducta desadaptada, sus causas, consecuencias y tratamientos (Sarason & Sarason, 2006). Existen cuatro criterios que definen la conducta anormal: la perturbación,

que hace referencia a la expresión de dolor físico o emocional e impide, algunas veces, funcionar a las personas; el deterioro, que implica una reducción de la habilidad de la persona para funcionar a un nivel óptimo o incluso a un nivel promedio; el riesgo para los demás, y para sí mismo, y la conducta social y cultural inaceptable, que supone un funcionamiento de las personas al margen de las normas y contexto social y cultural donde sucede (Halgin & Krauss, 2004)“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. Los trastornos mentales están determinados por factores genéticos, socioculturales, ambientales, biológicos, por inicio y duración de un episodio. La manera predecible de cómo las personas se enfrentan a las calamidades domésticas (y otras situaciones adversas) no son trastornos mentales, pues existe una respuesta culturalmente aceptada frente a estos sucesos. Igualmente, los comportamientos socialmente anómalos (políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos entre individuos o sociales, tampoco constituyen trastornos mentales. (APA, 2014, p. 20)

La psicopatología es una conducta anómala en un contexto social y sirve como punto de referencia que establece la frontera de lo normal. (Belloch, Sandin, & Ramos, 1995). Se abordará el tema de los Trastorno de la Personalidad, particularmente el Trastorno de la Personalidad Paranoide.

Para el trabajo sobre un CCU se utiliza como base teórica, explicativa y terapéutica el Modelo de Terapia Cognitiva (MTC). Que inició en la década de los sesenta en la Universidad de Pensilvania con Aaron Beck. Las primeras investigaciones se centraron en la depresión y de allí se extendieron al estudio de otros trastornos mentales. El MTC se

fundamenta en el supuesto de que se sufre por la interpretación de las situaciones y no por las situaciones en sí. De ahí que al modificar el pensamiento y enseñar una respuesta adaptativa al paciente mostrará una mejoría frente a sus emociones y reacciones.

- El proyecto busca intervenir a una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide en contexto de una relación de pareja conflictiva.
- El CCU se enmarca en la PA y en el MTC

La problemática específica de la relación de pareja se da por el malestar de las expectativas irreales y la correlación de atribuciones falsas sobre la relación, convirtiéndose en distorsiones y en demandas irreales, después de un tiempo las expectativas aparecen en la relación y en ocasiones no en la etapa de noviazgo (Padesky, 2000, p. 32). La presencia de ambos diagnósticos presenta un malestar clínicamente significativo al paciente que movilizan en él emociones y pensamientos.

En investigaciones recientes se ha podido observar cómo lo anterior influye en el comportamiento: Las personalidades paranoides cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas que otorgan a situaciones cotidianas, especialmente cuando la posible víctima emprende una acción física o verbal que se interpreta como un ataque personal. (Esbec & Echaburúa, 2010 p.252) El trastorno paranoide (pertenece al grupo A) en el que la desconfianza, los celos (en este caso) y los recelos están presentes de forma constante, lo que pueden dar lugar a comportamiento violentos contra la pareja (Echeburúa et. al., 2016)

Por lo anterior expuesto, se pretende presentar un estudio de CCU de Rasgos de Personalidad Paranoide coexistente con una relación conflictiva con la pareja; debido a las

dificultades de este trastorno va a existir situaciones que los pacientes perciban como amenazantes, haciendo que sus rasgos se exacerbén, sin poder, en ocasiones, controlar sus emociones e impulsos afectando su relación de pareja.

4. Preguntas guía y objetivos

4.1. Objetivo general

Fundamentar desde el Modelo de Terapia Cognitiva un Caso Clínico Único a partir del análisis, descripción y explicación del Trastorno de Personalidad Paranoide en contexto de una relación de pareja conflictiva, para una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide.

4.2 . Objetivos específicos

4.2.1. Analizar a partir de teorías del Modelo Cognitivo Conductual la psicopatología y sus problemáticas asociadas, de un paciente con Trastorno de Personalidad Paranoide.

4.2.2. Realizar una descripción detallada y organizada de un Caso Clínico Único que permita la formulación y diagnóstico del mismo.

4.2.3. Describir la intervención Cognitivo conductual para el Trastorno de Personalidad Paranoide mediante la relación de las técnicas y estrategias que contribuyan al bienestar y mejoramiento psicológico del paciente.

5. Historia clínica del paciente

5.1. Historia del caso

5.1.1. Datos Generales.

Mujer de 33 años casada, dos hijos, médico.

5.1.2. Motivo de consulta.

Paciente que consulta porque hace 3 meses se enteró que su esposo le fue infiel, de la infidelidad existe un embarazo de 4 meses de gestación. Dice “No sé qué hacer”. Por qué “después de tener una familia estable, hermosa, un esposo amoroso, recto, ahora no tengo nada”.

5.1.3. Historia del problema actual.

Paciente que el día 26 de enero de 2016 asiste a consulta y refiere tener una relación de siete años de matrimonio, hace tres meses se enteró que su esposo le era infiel.

En el mes de enero la paciente recibe un sobre sellado, con una nota dentro que decía “si quiere saber quién es su esposo llame a este número telefónico” entra la desconfianza por la infidelidad de su esposo, ella habla con él y este le confirma la infidelidad.

Desde ahí empiezan sus síntomas ansiosos, al momento actual de la consulta estos son:

- Síntomas emocionales: rabia, angustia, miedo, ansiedad, decepción, culpa y frustración.

- Síntomas cognitivos: rumiación de pensamientos de la infidelidad, pensamientos críticos hacia la pareja, pensamientos autocríticos, dificultad para concentrarse, percepción de sí misma como buena y justa, a los demás con pocos valores y que se pueden aprovechar de ella y pensamientos de desconfianza.
- Síntomas biológicos o fisiológicos: Falta de sueño, inapetente.
- Síntomas conductuales: llanto, agresividad, conductas de chequeo.
- Estresores ambientales:

A nivel familiar: infidelidad del esposo.

5.2. Historia psiquiátrica

En la historia de la vida de la paciente no hay evidencia trastorno psiquiátrico, ni ningún tratamiento psicológico y psiquiátrico anterior, solo hay una característica que se muestra con regularidad y es la desconfianza que se observa en el transcurso y en los diferentes contextos de su vida y a partir del momento de la infidelidad sus rasgos se exacerban.

5.3. Historia social y personal

Hija única con un padre que se caracteriza por ser estricto, perfeccionista, no demostró afecto hacia ella. Describe a su madre como una persona débil, sumisa, sometida, paciente, pero ella recuerda que cuando niña su madre le decía “que tenía que ser cuidadosa porque las personas siempre tienen una doble intención, cuídate de los demás qué te pueden hacer daño”. Un hogar con normas, la relación de padres conflictiva, aunque unida. Refiere que a la edad de seis años le gustaba mucho salir a jugar a la calle, pero a su papá no,

entonces sus amigas iban a su casa a jugar con ella; pero cuando estas se iban se ponía a llorar.

Cuando tenía 10 años pensionan a su padre y empezaron a tener dificultades económicas, lo que hace que sus padres se separen. Ella y su madre se mudan a Barranquilla a la casa de los abuelos maternos, situación que le genera tristeza porque tenía que dejar a su padre en Villavicencio.

El ambiente en casa de sus abuelos estaba caracterizado por mucho amor y todos los gastos económicos de ella y su madre los cubría el abuelo, el padre no respondía por ella económicamente por lo cual ella se sentía muy mal.

A los 11 años fallece su abuelo y esto le causa una gran tristeza ya que era la persona que más le brindaba afecto. Expresa que “a pesar que era única hija su padre nunca le mostró afecto ni cariño”.

A nivel académico no reporta problemas en la primaria, solo hasta sexto de bachillerato debido al cambio de colegio, ya que ingresa a un colegio de monjas el cual era muy estricto y perdió el grado.

Más o menos a sus 14 años el padre regresa a Barranquilla para vivir con ellas. Recuerda que esto le hace sentir cohibida debido a que su presencia, resulta controladora, de trato rígido además de ser poco comunicativo, restringiendo su vida social. Expresa “a todas mis amigas les ponía un, pero, por ese motivo fui de muy pocas amigas”. Dice “Yo le tenía miedo”. Este no la dejaba salir o realizar otras actividades, ella expresa “él pensaba

que mis amigas no me convenían, que eran brinconas y no eran de fiar” decía hacerlo para protegerla del peligro algunas veces y otras para controlarla”.

Cuando tenía 17 años tuvo un poco más de vida social, salía a fiestas de 15 años, pero acompañada de la madre por orden del padre, cuando iba hacer tareas de vez en cuando a casa de una compañera de estudio, su madre le pedía el número telefónico de donde iba a estar. Después de un corto tiempo de haber llegado donde la amiga, su madre la llamaba; al preguntarle a su madre que para qué la llamada, la madre respondía “para saludarte”. A esta edad se hizo novia de un joven y duraron 7 años, la relación se terminó por infidelidad de parte de él, se tardó un año para superar la ruptura, y esto significó un momento doloroso y de mucho sufrimiento, recuerda que con este novio era desconfiada y celosa.

A los 21 años ingresa a la universidad lo cual le permitió ser más independiente, pero aun así su padre y su madre continúan controlando su vida, porque cuando ella menos pensaba su padre se aparecía en la Universidad preguntando por ella si la conocían o en secretaría por sus notas, cuando ella le reclamaba él contestaba “fui para saber si estabas bien o necesitabas algo”. En la Universidad empieza una relación con su actual esposo, pero desde el inicio de la relación ella manifestó desconfianza, celos y necesidad de control.

Dice que su desconfianza solo se manifiesta en las relaciones de parejas, y sus conductas de chequeo solo es de “mantenimiento para saber que no me están poniendo los cuernos o engañando”. por tanto, en el matrimonio antes de la infidelidad, ella presentaba conductas de chequeo, celos y desconfianza frente a su esposo.

Ella expresa que con sus amigas no es desconfiada, sin embargo, exhibe niveles de esta, dice “soy de pocas amigas y no suelo estar contando mi vida personal, evito ese tema, porque nunca se sabe a quién le pueden contar o de quien sean amigas es mejor evitar, aunque a veces les pongo cascaritas para saber si puedo confiar en ellas”.

En lo laboral refiere que cuando se va hacer cambio de turno con el compañero de trabajo, siempre verificar si las condiciones del paciente son las misma que le mencionó su colega y después de esto si le recibe el turno. Cuando se encuentra en consulta externa y necesita adelantar pacientes le pide a la secretaria que llame a los pacientes, pero cuando esta le dice que el paciente no puede adelantar la cita por algún motivo, al momento de la consulta le interroga si lo llamaron a adelantar la cita; expresa que lo pregunta solo para saber “si puedo confiar la próxima vez en la secretaría, si llego a necesitar otro favor”.

5.4. Genograma.

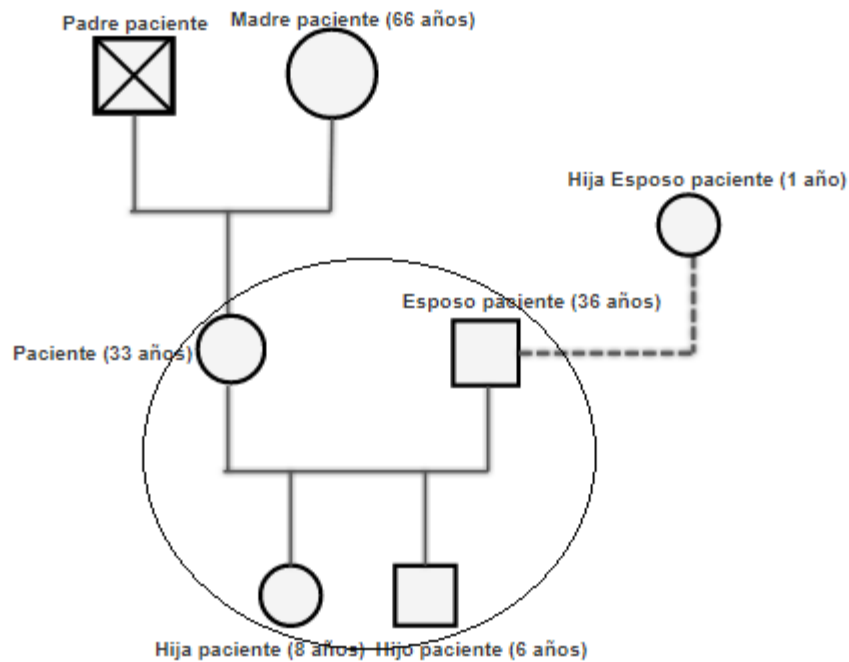


Fig. 1 Genograma

5.5. Historia médica

Ningún antecedente médico

5.6. Observaciones sobre el estado mental.

Paciente con buena apariencia, limpia, bien peinada, con llanto, altos niveles de ansiedad, abierta frente a la entrevista, coherente en el lenguaje, con fluidez verbal, sin alucinaciones visuales o auditivas, orientada en tiempo y espacio, atenta, con capacidad de evocación de recuerdos pasados y presentes, con conductas agresivas hacia su pareja sin autoagresión.

5.7. Diagnóstico del DSM- 5

Relaciones conflictivas con el cónyuge o la pareja. (Z 63.0).

Rasgos de Personalidad Paranoide.

Formulación del caso

6.1.Precipitantes

La situación que le generó un malestar significativo para ir a consulta fue la infidelidad por parte del esposo y el hecho que la persona con quien le fue infiel quedó embarazada.

Sus principales activadores; Cuando el esposo va hacer el turno y cuando en el contexto laboral y social le preguntan por él.

6.2. Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales.

- Una primera situación es cuando: un amigo suyo le dice hacía rato su esposo andaba con ella, su pensamiento automático fue: “rato llevando cachos, eso es una burla”, su principal emoción fue rabia, decepción, y su conducta fue quedarse callada.
- Una segunda situación en la paciente es cuando: su esposo la llamó para invitarla a un asado, su pensamiento automático fue: “yo no voy, para que me vean la cara de cachona”, sus principales emociones fueron tristeza y rabia y su conducta fue colgar el teléfono.
- Una tercera situación es cuando: el cirujano le pregunta por su esposo, su pensamiento automático fue: “miércoles, todo el mundo sabe”, su principal emoción fue vergüenza y su conducta fue responder lo que le pregunto, que estaban tratando de resolver la situación.

6.3. Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos

Paciente que tiene una creencia nuclear de “soy débil”, esta creencia fue constituida a partir de un padre que se mostraba controlador, estricto y perfeccionista, que le manifestaba poco afecto, siendo principalmente rígido, desconfiado y sobreprotector. Con una madre sumisa, débil, paciente, sometida, entregada, controladora, desconfiada. Con padres que la cohibían en exceso, donde le mostraban que el mundo y los demás podían hacerle daño. Para ella poder enfrentarse al mundo desarrolló ciertas reglas como: debo mostrarme fuerte; Tengo que tener el control de todo; Todo me debe salir perfecto; no debo confiar en las personas. Así mismo desarrolló ciertos supuestos: (ver cuadro de conceptualización). Con unas estrategias compensatorias que incluían mostrarse fuerte, necesidad de control, perfeccionismo, autoexigencia, desconfianza y actitudes como: “es horrible que me vean la cara de idiota, cachona, es horrible perder el control, es horrible equivocarse, es horrible que se aprovechen de mí, es terrible confiar en los demás”.

6.4. Diagrama de conceptualización cognitiva.

- Fecha: 26 de enero de 2016.
- Nombre del paciente:
- Diagnóstico: Relaciones conflictivas con el cónyuge o la pareja. (Z 63.0).

Rasgos de Personalidad Paranoide

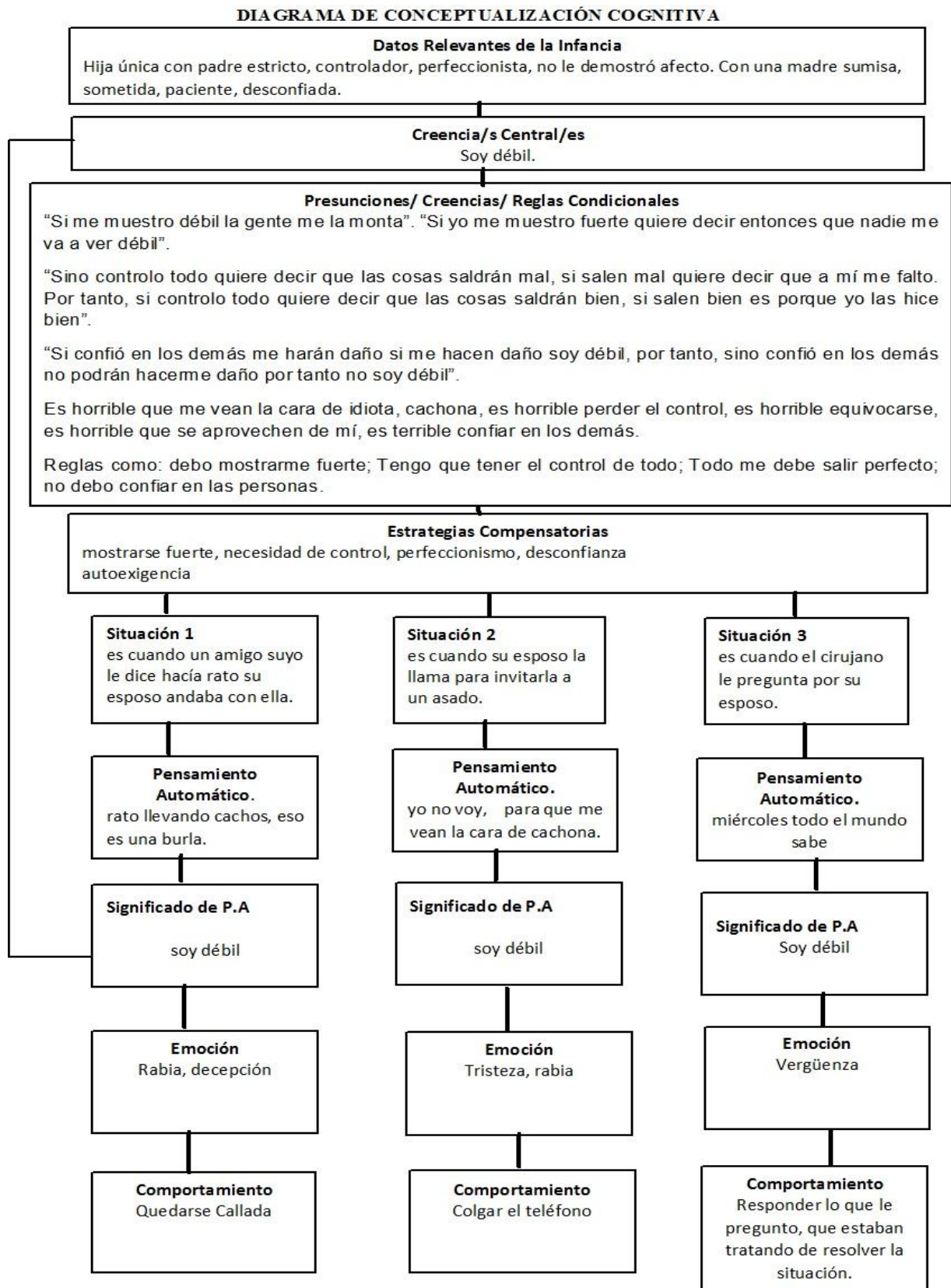


Fig. 2 Conceptualización de caso

- Categorización

Indefensión/desamparo.

6.5. Fortalezas.

Cuenta con un buen estado de salud física, es atenta, con capacidad intelectual para desarrollar las actividades y seguir instrucciones, responsable en el cumplimiento de las citas, organizada, con buen desempeño y éxito a nivel profesional, es responsable como madre frente al cuidado de sus hijos, buena hija.

6.6. Hipótesis de trabajo.

Paciente que desde la infancia aprendió a verse a sí misma como débil, lo que hizo que desarrollará unas estrategias de mostrarse fuerte, controladora, perfeccionista y desconfiada para no sentir que los demás se aprovechan de ella; todo esto se forma a través de experiencias donde hubo énfasis en el control, la sobreprotección y sobrecontrol parental, en la rigidez, en la exigencia, en la inhibición de las emociones, cohibición en exceso. Al mismo tiempo la rigidez, la exigencia, sobrecontrol hizo que ella desarrollará la necesidad de hacer todo muy bien.

Si bien no se puede concluir que cumple con los criterios para un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Paranoide, se puede decir que sí cuenta con rasgos, que tuvieron origen por la desconfianza, la sobreprotección, inhibición emocional, el sobrecontrol parental, la rigidez, exigencia, el perfeccionismo, el control, por eso es su necesidad de hacer todo bien y cuando lo logra se siente más fuerte, y así no se activa su creencia de debilidad.

Para enfrentar la creencia nuclear de debilidad, formó rígidos supuestos como; debo mostrarme fuerte, debo tener el control, debo hacerlo todo perfecto, es horrible equivocarse, es horrible que se aprovechen de mí, es horrible perder el control, es terrible confiar en los demás.

Al formar esos supuestos y reglas tan rígidas el evento de la infidelidad de su esposo hace que sienta la pérdida de control y al sentirse como abusada, defraudada, decepcionada y engañada, activa su creencia nuclear de ser débil y en consecuencia todas sus estrategias de afrontamiento, por eso es agresiva con él, tiene las conductas de chequeo tratando de volver a retomar el control que siempre sintió tener, al no tenerlo sus rasgos se exacerban.

Formó la creencia nuclear de debilidad, pero compenso siendo fuerte, lo que hizo que elaborará evidencia en contra de la debilidad, por lo tanto, empezó a leer el mundo a través de sus supuestos.

Aunque de niña si pudo haber formado una creencia nuclear de debilidad, ella compensó y encontró evidencias en contra de esa creencia, pero perpetuo todas esas reglas rígidas de funcionamiento así los supuestos también se reforzaron, por eso la hipótesis de trabajo se centrará principalmente en los supuestos o creencias intermedias. Ella cree más en estos que en la creencia incondicionada de debilidad. Todas estas experiencias tempranas ayudaron a que formará una estructura de rasgo de personalidad paranoide. Si bien no existen suficientes pruebas para determinar un origen biológico del Trastorno de Personalidad Paranoide, es posible que el temperamento juegue un papel determinante en las manifestaciones paranoides de las personas con este Trastorno, pues este forma parte de la personalidad y un temperamento irritable puede convertirse en Personalidad Paranoide (Millon et. al., 2006)

Plan de tratamiento

6.2. Listado de problema:

- Ansiedad
- Irritabilidad u hostilidad.
- Conductas de chequeo.
- La indecisión frente a la continuación de su relación de pareja
- Efectos producidos por la infidelidad.
- Conductas agresivas.
- Creencias de vulnerabilidad.
- Perfeccionismo y necesidad de control.
- Desconfianza
- Autoeficacia

7.2. Metas del tratamiento

Inicialmente para los síntomas de irritabilidad, de ansiedad y de chequeo se va hacer terapia cognitivo conductual, y en lo subsiguiente, de forma alterna para las creencias o esquemas, se trabajará terapia centrada en esquemas, iniciando con técnicas cognitivas y pasando por todos sus pasos, luego por técnicas experienciales para romper las conductas autoderrotistas y comportamentales.

Los esquemas fundamentales que se van a trabajar son desconfianza, vulnerabilidad y estándares implacables.

Problemas	Objetivos	Estrategias
Ansiedad	Disminuir los niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y relajación diafragmática.
Irritabilidad u hostilidad, Conductas agresivas.	Lograr mayor control emocional en términos de irritabilidad, angustia y agresividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento asertivo. • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y relajación diafragmática. • Entrenamiento asertivo • Técnicas de autoinstrucción del control de impulsos • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y relajación diafragmática. • Reestructuración cognitiva.
Conductas de chequeo	Disminuir conductas de chequeo.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de ventajas y desventajas.

<p>La indecisión frente a la continuación de su relación de pareja y efectos producidos por la infidelidad.</p>	<p>Aclarar dudas si continuar o no con la relación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas graduales. • Técnicas de autocontrol. • Reestructuración cognitiva. • Toma de decisión. • Análisis de ventajas y desventajas. • Reestructuración cognitiva.
<p>Creencia de vulnerabilidad</p>	<p>Modificación de supuestos subyacentes de vulnerabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia centrada en esquemas (los modos para ayudar al paciente a potenciar al adulto sano y guiar al niño asustado). • Técnicas experienciales (la imaginación, reparentalización, carta no mandada) • relación terapéutica.

Perfeccionismo y necesidad de control (estándares implacables)	Modificación de supuestos subyacentes principalmente la necesidad de control, perfeccionismo y la muestra de fortaleza.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia centrada en esquema. • Técnicas Cognitivas (elaborar tarjetas de recordatorio, descubrimiento guiado). • Estrategias experienciales (se trabaja la imaginación)
Desconfianza	Aumentar la confianza	<ul style="list-style-type: none"> • Otras personas como puntos de referencia. • Análisis de ventajas y desventajas. • Terapia centrada en esquema. • Reestructuración cognitiva
Autoeficacia	Aumentar la autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas. • Toma de decisiones.

• Reestructuración de recuerdos tempranos.
• habilidades de afrontamiento.
• continuum cognitivo.

Tabla 1 Metas del tratamiento

7. Curso de Tratamiento

7.1. Relación terapéutica

Una de las dificultades encontradas se debió a que el paciente cuando por primera vez se le entregó el registro de pensamiento no diligenció, expresa que prefiere hacerlo con la psicóloga, se explica nuevamente la importancia de realizar el registro fuera de la sesión, además esta situación se utilizó para trabajar reestructuración cognitiva con ella. En las siguientes sesiones la paciente asiste con el registro diligenciado. Cuenta con la disposición para realizar las actividades propuestas durante la sesión, hace preguntas indagatorias, con capacidad de escucha. Es cumplida en sus citas, pero cabe señalar que más o menos en la sexta sesión se observó la desconfianza en la relación terapéutica. Aceptar la desconfianza abiertamente de la paciente hizo que la relación terapéutica se fortaleciera, lo cual permitió que en las asesorías siguientes se hicieran diálogos más profundos sobre los pensamientos, sentimientos e historia de vida de la paciente, lo anterior facilitó que se pudiera lograr hacer una conceptualización de caso, trabajar los objetivos propuestos en las primeras sesiones y avanzar en la terapia.

7.2. Intervenciones y procedimientos

Inicialmente se trabajó por minimizar del impacto de la situación de infidelidad, disminuyendo los pensamientos ansiosos con reestructuración cognitiva a través del registro disfuncional de pensamientos automáticos, esto permitió a la paciente ver la disfuncionalidad de su pensamiento y bajar los síntomas ansiosos. Se enseñó y entrenó en relajación progresiva y relajación diafragmática logrando disminuir la activación fisiológica, mejorar los hábitos de sueño, disminuir las conductas agresiva, lograr mayor control frente a la irritabilidad; cabe señalar que para las conductas agresivas y la irritabilidad también se enseñó entrenamiento asertivo, con el fin de que ella pudiera expresar lo que sentía de una mejor manera y tener un mayor control de sus impulsos, para el desarrollo de esta habilidad se utiliza el juego de roles.

También se trabajó la indecisión de continuar o no con la relación, por medio de la técnica de análisis de ventajas y desventajas y la toma de decisión, enfocando a la paciente a que esta decisión fuese tomada de manera lógica, racional y no guiada por sus impulso o emociones.

Además, para disminuir las conductas de chequeo se hace a través de asignación de tareas graduales adecuándose a la dificultad del paciente y aumentando poco a poco, según sea el progreso de esta. Para la creencia de vulnerabilidad se emplean los modos para ayudar a la paciente a fortalecer un adulto sano que ayude al niño asustado, apoyándose en la reparentalización.

Posteriormente se trabajará la desconfianza por medio de técnicas otras personas como puntos de referencia, análisis de ventajas y desventajas donde ella pueda observar cómo es la vida de una persona que desconfía en todo momento y de todos, los pros y los

contras de estar desconfiando, conjuntamente se usaran técnicas centrada en esquemas como la imaginación. Y para trabajar la autoeficacia se empleará la resolución de problemas, la toma de decisiones el continuum cognitivo, habilidades de afrontamiento y la reestructuración de recuerdos temprano donde ella pueda observar su capacidad para enfrentar situaciones de las cuales no tiene el control. Para trabajar el perfeccionismo y la necesidad de control se hará por medio de terapia centrada en esquemas, elaboración de tarjetas de recordatorio y el descubrimiento guiado para lograr mayor aceptación del suceso.

7.3. Obstáculos

No diligenció el registro de pensamiento tarea asignada para la casa por su desconfianza. Para superar esto se explica nuevamente a la paciente la importancia de hacer el registro de pensamiento y como este va a permitir ver la disfuncionalidad de su pensamiento y ayudará a bajar síntomas ansiosos. En las siguientes sesiones la paciente asiste con el registro diligenciado.

La desconfianza en la relación terapéutica, para superar esto se inicia la terapia con la queja principal por la que consulta la paciente, sin presionar para consecución de información, también ayudó poder responder preguntas a nivel personal y profesional que ella realizaba (donde había trabajado antes, si ya había tenido otras pacientes por la misma situación de infidelidad)

7.4. Resultados

Se logró disminuir sus síntomas ansiosos, las conductas de chequeo, mayor control de las conductas agresivas, expresar sus emociones y sentimientos de una forma más

adecuada. También se logró que la paciente pudiera tomar una decisión de su actual situación (separarse o continuar con la relación de pareja) donde ella decidió continuar con la relación.

Además, se continúa trabajando con los rasgos y las dificultades de la paciente

8. Descripción detallada de las sesiones

El proceso terapéutico inició con el Modelo de A. Beck para trabajar los focos de intervención del Trastorno de Personalidad Paranoide, en contexto de una paciente con rasgos de personalidad paranoide, seguidamente con la Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young. Por lo tanto, en las cinco sesiones que se describen a continuación solo se evidenciará la Terapia cognitiva de A. Beck, ya que los otros modelos terapéuticos se trabajaron posteriormente a esta terapia y en sesiones más posteriores.

8.1. Sesión dos:

Objetivo: Ayudar a la paciente a minimizar el impacto de la situación por el significado que ella le está dando a esta, explicar el modelo cognitivo, realizar psicoeducación.

Paciente orientada en tiempo y espacio con dificultad para concentrarse, rumiación de pensamientos, verborreica, se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, 10 representa un estado eutímico y 0 estado ansioso e irritable, calificando su estado de ánimo en 4, llanto, ansiosa, todo esto lo refuerza el hecho de que ella se preocupa por lo que los demás piensan de la infidelidad de su esposo “que pena mira a la xx volvió con ese hombre y como si nada”. Este pensamiento sirve como ejemplo para explicar el planteamiento del Modelo de Terapia Cognitiva, los seres

humanos no sufren por la situación sino por la interpretación que se hace de ella; por tanto, se trabaja con la paciente el hecho que si modifica el pensamiento por uno más adaptativo su emoción bajaría y su reacción será diferente (Beck, 1995). También el pensamiento anterior es utilizado para realizar el registro de pensamiento y reestructurar un poco el estado emocional de la paciente y mostrarle como verdaderamente al modificar los pensamientos se está modificando la emoción, se explica que una misma situación pensada y valorada de manera diferente da reacciones diferentes. Se continúa la sesión introduciendo la metáfora del concepto de la biblioteca para explicar los esquemas donde se le muestra a la paciente cómo opera la mente por medio la siguiente analogía, sin querer minimizar el funcionamiento de la mente, solo para comprenderla; la mente es como una biblioteca, cuando nace se trae una información biológica heredada por los padres, y esta viene equipada con emociones innatas, allí se almacena una información de todo tipo que puede ser funcional o disfuncional, esta información se denomina esquemas, es necesario trabajar por identificar qué esquemas tiene usted y cuáles son los que están haciendo una mala jugada a su vida. Luego se hace la explicación de una emoción normal y una emoción patológica para normalizar un poco los sentimientos que tiene la paciente acerca de la infidelidad y diferenciar algunas emociones que están generando alto nivel de afecto negativo y disfuncionalidad en su vida. Como tarea terapéutica se propone la autobiografía.

8.2. Sesión tres:

Objetivo: identificar pensamientos automáticos y explicar el registro de pensamientos con el fin de disminuir los niveles de ansiedad.

Paciente que ingresa a consulta , orientada en tiempo y espacio, coherente en el lenguaje, buena presentación personal, se realiza un breve control del estado de ánimo de

manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, 10 representa un estado eutímico y 0 estado ansioso e irritable, con estado de ánimo en 5, llanto, inapetente, con pensamientos de incapacidad “no voy hacer capaz con esto” “cómo sucedió este hecho, si éramos una pareja feliz igual que todas con dificultades”, expresa que tiene dificultad para concentrarse en el trabajo. Continúa con altos niveles de ansiedad; se procede en compañía de la paciente a establecer los temas para trabajar durante la sesión, a su vez se le dice que esto se va a hacer en todas las siguientes sesiones donde ella propondrá unos temas para trabajar, se continúa a realizar la agenda: hacer enlace de la sesión anterior, revisar la tarea dejada la autobiografía, identificar pensamientos automáticos y explicar el registro de pensamiento automático y asignación de tarea. Se inicia con un breve resumen de lo explicado en la sesión anterior, continuando con la lectura de la autobiografía que sirve para recolectar información de la vida social y personal de la paciente, y realizar conceptualización del caso, luego se explica que los pensamientos automáticos que puede aparecer en forma de imagen, frases, no han sido analizados, ni racionalizado y se dan de manera espontánea y tienen un alto contenido de emoción negativa, (Beck, 1995 p.106), para que la paciente comprende un poco más la explicación se indaga cuándo fue la última vez que se sintió mal; expresó que había sido en el transcurso de la semana cuando un compañero le preguntó por su pareja, se indaga qué fue lo que pasó por su mente y responde “todo el mundo lo sabe” identificando que esta cognición la hace sentirse avergonzada. La situación anterior se tomó de ejemplo para enseñar el diligenciamiento del registro de pensamiento explicando que se hará con todas las situaciones que le generen una emoción negativa donde simplemente se trabajará las primeras cuatro columnas fecha, situación, pensamiento y emoción. También con la situación anterior se pudo hacer reestructuración cognitiva y

bajar un poco los niveles de ansiedad; esto llevó a la paciente a evaluar sus propias cogniciones y obtener un cambio en la interpretación de la situación.

Como tarea terapéutica se pide que diligencie el registro de pensamientos automáticos, se envía el libro un matrimonio imperfecto y feliz como apoyo.

8.3. Sesión cuatro:

Objetivo: continuar con la disminución de los niveles de ansiedad, enseñar a evaluar la validez de los pensamientos automáticos e identificar las distorsiones cognitivas y trabajar una situación específica de agresión hacia su pareja.

Paciente que ingresa a consulta sola coherente en el lenguaje, orientada en tiempo y espacio, buena presentación personal, con fluidez verbal. se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, 10 representa un estado eutímico y 0 estado ansioso e irritable, con estado de ánimo en 6; se procede en compañía de la paciente a establecer los temas para trabajar durante la sesión: hacer enlace de la sesión anterior, revisar tarea y lectura del libro, evaluar la validez de los pensamientos automáticos, identificar las distorsiones cognitivas, trabajar una situación específica de una agresión hacia su pareja y asignación de tarea. Se inicia preguntando acerca de cómo le fue con la lectura del libro, expresa que le ha gustado el libro y que ahora entiende muchas situaciones por las cuales ha estado pasando; se continúa con la revisión del registro de pensamiento, manifiesta que aunque no le fue fácil diligenciar hizo el ejercicio anotando dos situaciones que le generaron mucha molestia, se revisa y se observa que un adecuado reconocimiento de los pensamientos automáticos en las situaciones registradas, se continúa a enseñar las distorsiones cognitivas como: abstracción selectiva, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria, magnificación minimización, entre otros

(Beck, 2010), se identifica junto con la pacientes las distorsiones que aparecen en el registro de pensamiento; para continuar, durante la consulta por medio de las preguntas del diálogo socrático se enseña la evaluación y validez de los pensamientos: evidencia a favor y en contra, explicación alternativa, lo peor que puede pasar, sobrevivir a eso, lo mejor que puede pasar, consecuencias de creer o cambiar el pensamiento automático, que debería hacer sobre eso, qué le diría a un (amigo) si estuviese en esa misma situación (Beck, 1995, P.142), el paciente logra evaluar sus propias cogniciones, comprobar que los pensamientos si podían ser modificados. Con la reestructuración cognitiva se trabaja el control de la emoción bajando la rabia de la paciente. Se continua con el entrenamiento asertivo, se explica los tres estilos básicos de toda conducta interpersonal 1) agresivo, 2) estilo pasivo, 3) estilo asertivo, los derechos asertivos, las creencias infantiles; luego se explica la técnica del disco rayado, el banco de niebla, aserción negativa y por último interrogación negativa, se prosigue hacer un juego de roles donde se pone en práctica cada una de las técnicas (Smith, 1985) La tarea terapéutica continuar con el registro de pensamiento, terminar de leer el libro un matrimonio imperfecto y feliz.

8.4. Sesión cinco:

Objetivo: continuar con la disminución de los síntomas ansiosos, con el entrenamiento asertivo, disminuir la conducta de estar revisando el teléfono de su pareja y la vergüenza que le genera ser la esposa de él.

Paciente que ingresa a consulta sola, coherente en el lenguaje, orientada en tiempo y espacio, buena presentación personal, con fluidez verbal. Se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, 10 representa un estado eutímico y 0 estado ansioso e irritable, con estado de ánimo en 6. Se procede en

compañía de la paciente a establecer los temas para trabajar durante la sesión: Se hace enlace de la sesión anterior, revisión de tarea, disminuir las conductas de estar revisando el celular y la vergüenza de ser la esposa de él. Refiere que ha podido controlar un poco más sus impulsos y que ha mejorado la expresión de sus sentimientos; terminó de leer el libro un matrimonio imperfecto y feliz y expresa que pudo identificar muchas de las etapas del matrimonio que allí describen entre otras situaciones y que se siente un poco más tranquila al saber que no es la única persona que han engañado y que cualquier puede sufrir una infidelidad. Se revisa el registro de pensamiento donde se observa que la paciente maneja completamente las cuatro primeras columnas y manifiesta que le ha ayudado a bajar sus síntomas ansiosos. Se realiza reestructuración cognitiva con la emoción que le está generando un malestar significativo que es la vergüenza de ser la esposa de él, se hace el debate socrático para buscar una respuesta más adaptativa y con la anterior situación se introduce las tres columnas faltantes del registro de pensamiento. A continuación, se enseña la relajación progresiva (Cautela & Groden, 1985) se le indica que esta la debe poner en práctica cuando se encuentre ansioso y también le sirve para trabajar las conductas de revisar el celular de su esposo, se inicia la explicación de la relajación progresiva; la relajación consiste en poner tenso los músculos del cuerpo y después lo relaja esto va acompañado con la respiración diafragmática, para el ejercicio de relajación se empieza por los músculos del rostro, luego el torso superior, torso inferior, cabe señalar que para las conductas de chequeo también se hace el diálogo socrático donde se debate a quién le genera más ansiedad revisar el celular a ella o a él, qué ganancia obtiene con esta conducta, entre otras. Luego se continúa con el entrenamiento asertivo preguntándole las situaciones donde ella fue inasertiva y que si puede identificar el estilo si fue sumisa, agresiva o asertiva, expresa que la situación donde ella con mayor frecuencia es inasertiva es cuando

habla con su pareja de la infidelidad y de cómo se hicieron las cosas y manifiestas que es un estilo agresivo; con esta situación se hace juego de roles para enseñar el estilo asertivo.

Tarea terapéutica, practicar los ejercicios de relajación, dejar al menos por un día de chequear el celular.

8.5. Sesión seis:

Objetivo: se continúa con la disminución de estar revisando el celular de su pareja, disminuir los síntomas ansiosos y la toma de decisión de continuar o no con la relación.

Paciente que ingresa a consulta sola coherente en el lenguaje, orientada en tiempo y espacio, buena presentación personal, con fluidez verbal. Se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, 10 representa un estado eutímico y 0 estado ansioso e irritable (0 ansioso e irritable y 10 eutímico) con estado de ánimo en 7. Se procede en compañía de la paciente a establecer los temas para trabajar durante la sesión: realizar enlace de la sesión anterior, revisión de tarea ejercicios de relajación y las conductas de chequeo, y la toma de decisión si continuar o no con la relación. Expresa que con los ejercicios de relajación le han permitido estar menos ansiosa y esto también le ayudó a evitar estar chequeando el celular, aunque no hacerlo le cuesta mucho, expresa que:” quiere saber si él, la engaña nuevamente o está miento, si le dice la verdad.” Se hace un diálogo socrático donde se debatió el pensamiento frente a revisar el celular. Reconoce que no hacer el chequeo al celular le permitió estar un poco más tranquila y menos ansiosa, para continuar la disminución de las conductas de chequeo se retoma las técnica de relación progresiva(Cautela & Groden, 1985) y la reestructuración cognitiva . Se continúa con la lectura del libro un matrimonio imperfecto y feliz. Expresa sentirse un poco más calmada, refiere que ha podido conciliar el sueño, ya no ha tenido

conductas agresivas hacia su pareja, pero no sabe si continuar con la relación. La paciente continua con la duda de continuar o no con la relación por tanto se invita a la paciente a evaluar las ventajas y desventajas pero que tome su tiempo, hasta que se sienta mejor con ella misma y pueda ya tomar una decisión más adelante (Beck, 1995 p. 238), se hace el ejercicio en consulta y llega a la conclusión de continuar con la relación, y que tratará que esta funcione lo mejor posible. También. La tarea asignación de tareas graduales con la postergación de conductas de chequeo y continuar con los ejercicios de relajación.

9. Marco conceptual de referencia

10.1. La personalidad y sus Trastornos

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica y determinan la estructura completa de la persona (Millon et al., 2006). Los trastornos de personalidad son alteraciones severas de las tendencias comportamentales del individuo que no están asociados a enfermedades o daños cerebrales, pueden aparecer en cualquier momento de la vida, abarcan diversas áreas de la personalidad y tienen relación con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social (S.n, 2007). De igual manera, los trastornos de personalidad son patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que emergen como desviaciones de lo que serían patrones de vida normal, especialmente, de índole social e interpersonal (Caballo, 2004)

Existen diez trastornos de personalidad (Amerinca Psychologic Association, 2014) ubicados en tres clústeres.

Clúster	Características
A	Los extraños o excéntricos. Aquí se encuentran los trastornos: paranoide, esquizoide y esquizotípica de la personalidad. Se caracterizan por un patrón general de cogniciones (p.ej., sospechas), autoexpresiones (p.ej., habla extraña) y relaciones con los demás (p.ej., solitarios) anormales.
B	Los teatrales o impulsivos, aquí se encuentran los trastornos: antisocial, límite, histriónico, narcisista de la personalidad. Se caracterizan por un patrón general de violación de las normas sociales, por conducta y emotividad excesiva, y por grandiosidad.
C	Los ansiosos o temerosos, aquí se encuentran los trastornos: dependientes, evitativo, obsesivo-compulsivo. Se caracteriza por un patrón general de temores anormales que tienen que ver con las relaciones sociales, la separación y la necesidad de control.

Tabla 2 Clúster elaboración basada en Caballo (2000)

Criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad desde el DSM-5.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:	1. Cognición (formas de percibir e interpretar a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
---	--

2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional)
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes

D. El patrón es estable de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.

E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga o un medicamento) o de otra afectación médica (p.ej., traumatismo craneoencefálico).

Tabla 3 Criterio Diagnóstico DSM-5 TPP basada en la APA (2014)

Los rasgos de personalidad por su parte, son actitudes y comportamientos que fácilmente pueden confundirse con un Trastorno de personalidad (TP), sin embargo, con un análisis concienzudo y por medio de terapia, se puede identificar que si bien en un principio, las evidencias apuntan a un diagnóstico por TP, el paciente, no cumple suficientemente con los criterios diagnósticos como para ser considerado como tal. Es así que el manual diagnóstico (2014) aclara que: “los rasgos de personalidad, se diagnostican como trastornos sólo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y además causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (p. 648)”

El proyecto se centra en el Trastorno de Personalidad Paranoide (TPP), que se caracteriza por la desconfianza, suspicacia, cautela, vengatividad, rencorividad, hipersensibilidad, ira; interpretaciones equivocadas de la realidad que conducen a respuestas airadas a provocaciones mínimas o a sospechas de engaño, desaprobación y traición por parte de los demás; vigilante hacia el otro, elevada predisposición a los celos patológicos y actitud autorreferencial constante que derivan en relaciones de pareja conflictivas; ausencia de síntomas psicóticos persistentes como ideas delirantes o alucinaciones, se resiste a influencias externas, exagera la propia importancia, presenta creencias fijas aunque irracionales (Beck, 2005; Peñacoba, 2013; Millon 2000 y Fernández, 2009.).

10.2. El Trastorno de la Personalidad Paranoide tiene unos rasgos básicos:

a. Susplicacia cognitiva	Hipersensibilidad, detecta signos de hostilidad, engaño, exagera y distorsiona las conductas de los demás para confirmar sus expectativas.
b. Ansiedad por vinculación:	Necesidad de crear su propio destino, sin enredos, obligaciones, ser controlado por los otros.
c. Vigilancia defensiva:	Alerta, preparado y alerta para cualquier amenaza.
d. Hostilidad velada:	hostil, amargado por haber sido controlado, tratado injustamente y despreciado por los demás que intentan engañar.

Tabla 4 Rasgos básicos Basada en Millon (2000)

10.3. Perfil cognitivo

- La palabra clave del TP Desconfianza, cautela, el TP tiene esta actitud en casi todas las situaciones de su vida. Es tan fuerte su desconfianza que no toman en consideración la evidencia contraria a ellos.

- **Concepción de sí mismo** Rectos, formidables y se sienten maltratados por los demás. su autoestima la mantienen culpando a los demás por sus deficiencias. No aceptan sus errores y debilidades.
- **Concepción de los demás** Ven a los demás como tortuosos, mentirosos, manipuladores, Piensan que quieren obstaculizarlos, humillarlos, discriminarlos, indagan por motivos ocultos por supervivencia, pueden llegar a ser conspiradores. Los TP piensan que forman alianzas secretas contra ellos.
- **Creencias**

 - a. Las Creencias nucleares: “soy vulnerable a otras personas”, “no se puede confiar en los demás”, “tiene malas intenciones (con respecto de mí),”me engañan”, “me van a derrumbar o desacreditar”.
 - b. Las creencias instrumentales (o de autoinstrucción) son: “mantente en guardia”, “no confíes en nadie”, “busca los motivos ocultos”, “no te dejes engañar”.
- **Amenazas** Temor a ser rebajado, manipulado, controlado, desvalorado, discriminado.
- **Estrategias:** piensan que los demás están contra ellas, son vigilantes, en guardia, cautelosas, suspicaces, buscan motivos ocultos de sus

adversarios enfrentándose en algunas circunstancias por presuntas ofensas, generando la hostilidad que creían percibir.

- **Afecto** Cólera no expresada, insubordinación frente a las reglas dadas por la autoridad, sienten ansiedad cuando prevén represalias, son fríos, irascible, hosco, sin sentido del humor. La ansiedad se debe al temor de ser de ser utilizados o perder la percepción de control de sus vidas, son hipersensibles y están siempre en un estado de tensión aun con los intentos de ocultar la emotividad y el aparente control. Beck y Freeman, (2005) Millon (1985)

10.4. Variantes clínicas

- **Paranoide narcisista:** son personas que intentan preservar su admirable autoimagen, se comportan de forma pretenciosa, ingenuamente seguros de sí mismos, a pesar de su apariencia pomposa, ha visto tambalearse y frustrar sus delirios de grandeza.
- **Paranoide antisocial:** muestran un aspecto más hostil que los narcisistas, sobre todo después de frecuentes humillaciones y errores, llegando a dirigirse hacia patrones de suspicacia y persecución.
- **Paranoide compulsiva:** son ambivalentes que han sobresalido por abandonar los roles por ser asertivos, presentan sentimientos de tensión y hostilidad que prevalecieron durante mucho tiempo, son rígidos y perfeccionistas.
- **Paranoide maligno:** tienen la idea anticipada que los demás les van agredir, son sensibles al poder, agresivos, su estrategia es dominar antes que ser dominados,

amenazadores y beligerantes. Siente un deseo de venganza de los males del pasado y triunfar sobre los demás, aun estando solos, con la necesidad de proteger su autonomía contra influencias externas, con un pensamiento de maldad de los demás, alerta frente a sus temores de vulnerabilidad de que los demás le pongan una trampa de ser sometidos a la autoridad.

- Paranoide querulante: combina aspectos de la personalidad paranoide y negativa, se caracteriza por un descontento, pesimismo, terquedad, vacilación y deseo de venganza. Tienen manifestaciones de un comportamiento muy cosquilloso, hosco, resentido, malhumorado, obstructor, discutiador y constantemente celoso.
- Paranoide aislado: combina aspectos de las personalidades paranoide y evitadora, malhumorado, aprensivos e hipersensibles a la crítica, sobre todo cuando ven afectados su valía sus logros. Se centran en ellos mismos para buscar consuelo, tienen como objetivos es intentar protegerse de un mundo amenazador y destructivo, se aíslan para mantener los juicios de los demás de su vida. Tienen un temor intenso a ser controlados, evitan las influencias externas y solo confían en sus propias conclusiones y creencias Millon,T; Everly,G (2006)

10.5. Procesos de autoperpetuación

Las personas con Trastorno de Personalidad Paranoide, cuando asignan calumnias y actitudes malintencionadas a los demás, asumen una actitud defensiva, esta posición, puede reducir el riesgo de ser afectado por actos de crueldad, pero esta acción, este constante estado defensivo, les hace desconfiar incluso de personas bien intencionadas. Lo que no les permite establecer relaciones saludables y les produce rabia, enojo e incluso rechazo, lo que convierte la situación en una profecía autorealizada, que se da por el propio patrón de

conducta paranoide, y se interpreta como una confirmación de las malas intenciones del otro.

Los paranoides creen ser independientes y confiados en sí mismos lo cual no es cierto, además el deseo de superioridad lo mantienen mediante la exageración y la autoconvicción, demostrando una y otra vez que sus aptitudes son pocas, lo anterior provoca en ellos mayor hostilidad y los pone más defensivos. Colocan en los demás la responsabilidad de su molestia, y se eximen a ellos mismo de su responsabilidad frente a los errores cometidos y que parte de su conducta contribuya a esto. A si el trastorno sigue adelante. (Millon 1994, p.197)

10.6. Criterios diagnósticos para el TPP

Para diagnosticar un TPP se utiliza el DSM-5 y el CIE-10.

10.6.1. Criterios diagnósticos DSM-5.

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con duda injustificada acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca predisposición para confiar en los demás debido a l miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: si los criterios se cumplen antes del inicio de esquizofrenia, se añadirá “previo”, es decir, trastorno de la personalidad paranoide (previo). (APA ,2014, P. 649)

10.6.2. Criterios diagnósticos CIE-10.

El TPP se caracteriza por una sensibilidad a los contratiempos, actitud excesiva de autoreferencia, sentimiento de autoimportancia, dificultad para olvidar las agresiones, distorsiona la propia experiencia interpretando las manifestaciones neutrales de los otros

como hostiles suspicacias injustificadas acerca de la infidelidad de su pareja, y un sentido combativo de los propios derechos. Se debe cumplir los criterios generales del trastorno de personalidad y deben estar al menos cuatro de los siguientes:

1. Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
2. Predisposición a rencores persistentes: incapacidad para perdonar agravios o perjuicio.
3. Susplicacia y predisposición generalizada a distorsionar las propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.
4. Sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
5. Susplicacia persistente, sin justificación, acerca de la fidelidad del cónyuge o pareja sexual.
6. Actitud autorreferencial persistente asociada particularmente a un sentimiento de autoimpotencia. (2007, p 160)

10.7. Prevalencia

El DSM 5, La National Comorbidity Survey Replication indica que existe un 2.3 % de personas con personalidad paranoide, y la National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions señalan un 4,4 % de personas con un trastorno de la personalidad paranoide. En el mismo sentido, la mayor violencia hacia personas correspondió al Trastorno de la paranoide, con el 75% del total de los delitos violentos, la mitad son específicamente parricidios, delito éste inequívocamente relacionado con las características patognómicas del trastorno (Díaz, 2001).

Chaudhary, M., & Rabheru, K. (2009) encontró que entre la población de ancianos con deterioro cognitivo los síntomas paranoides están presentes en un 12.1% de los mayores de edad. (p.24). También Esbec, E., & Echaburúa, E. (2010) en su investigación muestra que en la población forense es el segundo trastorno de personalidad más frecuente en varones y el tercero en mujeres. (p.252).

Existe datos sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, donde se encontró que el trastorno paranoide se encuentra en un sexto lugar con un 5.7% (2.7% para mujeres, 3.0% para hombre). Esta es más elevada que la reportada en el DSM-5 donde se señala un 4.4% de personas con este trastorno (Ferrer et al, 2015); el trastorno de mayor prevalencia fue el obsesivo-compulsivo de la personalidad, que afectaba al 57.8% de los casos, seguido del trastorno dependiente de la personalidad (34.2% de los casos) y del trastorno paranoide (25% de los casos) (Fernandez- Montalvo, Echeburúa, 2008, p.195).

Un estudio epidemiológico de una muestra de la comunidad en Nueva Zelanda encontró que el 12,6% demostró al menos algunas de las características paranoides, y casi la mitad de los estudiantes universitarios estadounidenses reportan experiencias de pensamiento paranoide. Por lo tanto, muchas personas manifiestan desconfianza y sospecha de vez en cuando, son transitorias, modificables y no significativamente perjudiciales, tales fenómenos no son patológicos. (Carroll, 2009).

10.8. Desarrollo y Curso

El DSM -5 propone que el trastorno paranoide de la personalidad puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, escasas relaciones con los compañeros,

ansiedad social, bajo rendimiento académico, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares, y fantasías idiosincrásicas (2014, p.651). (Ferrer et al, 2015) hallaron un mayor predominio en el rango de edad de 28 a 32 años (9,2%), seguido por el que está entre 16 y 17 años (7,8%), con una tendencia a disminuir en los individuos entre 18 y 27 años. (p.89)

A demás (Bernabeu, Salazar De Pablo, Gómez Vallejo, & Cabeza, 2015), refieren que el trastorno puede apreciarse desde la infancia o la adolescencia, a menudo estos niños son tildados de “extraños” o “excéntricos”, aunque el diagnóstico suele realizarse en la edad adulta. (p.5016)

10.9. Factores de riesgo

Existen factores genéticos y fisiológicos, con prevalencia de este trastorno en familiares de los probandos con esquizofrenia, y con una relación familiar con el trastorno delirante tipo persecutorio (APA, 2014).

Las diferencias raciales en la ideación paranoide, con una prevalencia significativamente mayor en los negros que en los blancos. Estos autores en un anterior estudio reportaron que cerca de una cuarta parte de los ancianos negros estudiados expresaron ideación paranoide o síntomas psicóticos en comparación con una décima parte de los ancianos blancos (Chaudhary & Rabheru, 2009 p. 24). Cabe señalar que (Ferrer et al, 2015 p.89) corroboró la tendencia por distribución por sexo, la cual se reporta más frecuente en hombres que en mujeres. (Ferrer et al, 2015 p.89).

10.10. Diagnóstico diferencial

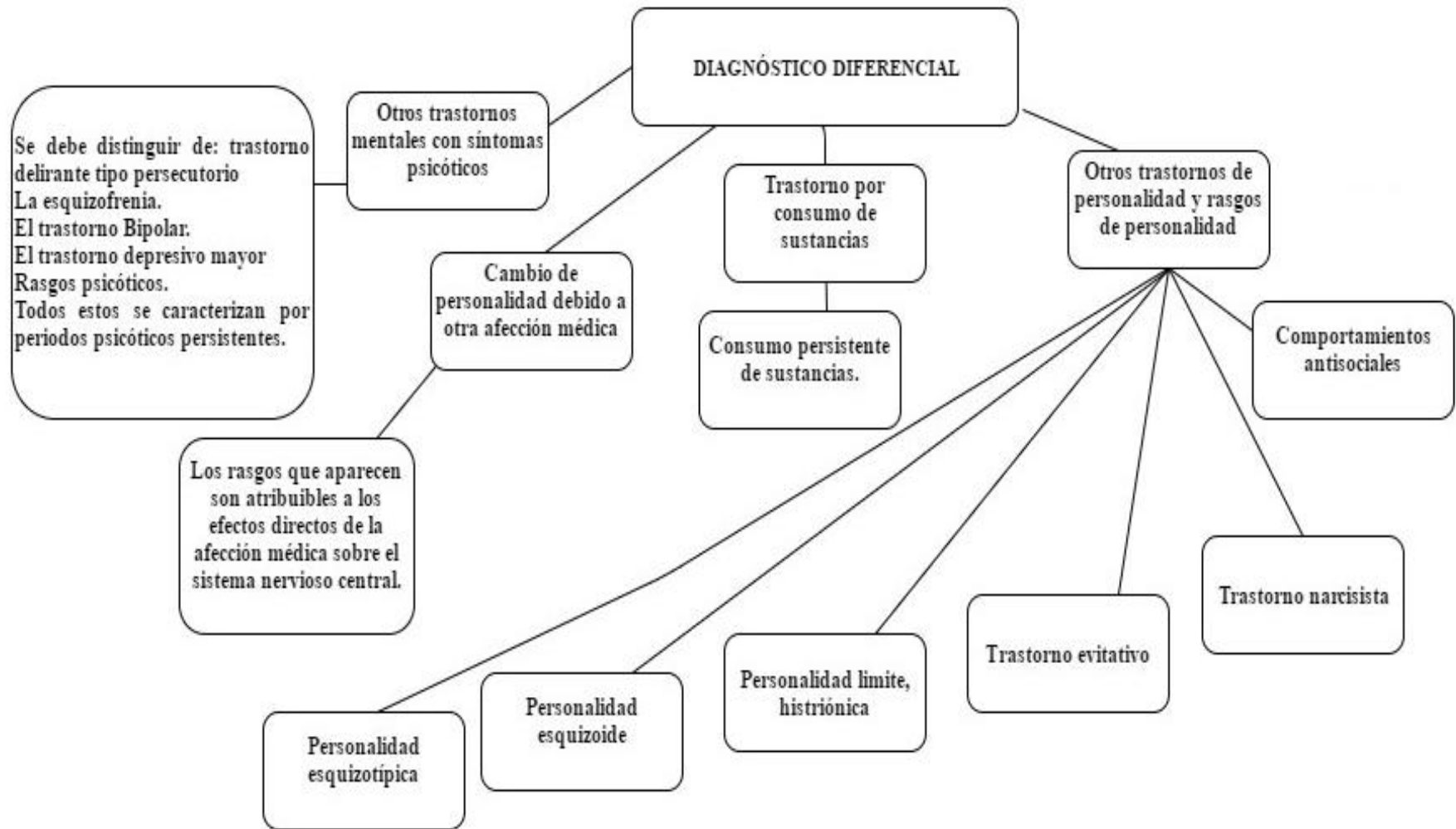


Fig. 3 elaboración basada en el APA (2014, p.652)

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad	COMPARTE	DIFERENCIA
Personalidad Esquizotípica	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos de suspicacia • Distanciamiento interpersonal. • La ideación paranoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento mágico. • Experiencias perceptivas inusuales. • El pensamiento y el habla extraños.
Personalidad Esquizoide	<ul style="list-style-type: none"> • Extraños. • Excéntricos. • Fríos. • Distantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen una idea paranoica destacada
Personalidad Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza. • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Por temor a que descubran sus imperfecciones o defectos.
Personalidad Límite, Histriónica	<ul style="list-style-type: none"> • Tienden a reaccionar a estímulos de menor importancia con ira al igual que el paranoide 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene suspicacia generalizada del trastorno paranoide.

Trastorno Evitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reacios a confiar en los demás. • Por temor a ser humillados a no estar a la altura que por temor a la mala intención de los demás
<p>En algunos casos pueden aparecer comportamientos antisociales con trastorno de personalidad paranoide, éste no está motivado por un deseo de obtener beneficios personales o de explotar a los demás, sino que es más atribuible a un deseo de venganza</p>	

Ferrer et al, (2015) mencionan que el TPP perdura a lo largo de la vida del sujeto, siendo en algunas ocasiones un preludio de cuadros esquizofrénicos. Cuando esto es así, debe mostrarse que el trastorno existía antes de la esquizofrenia y se añade al diagnóstico la palabra “previo”. (p.74)

11. Teorías Explicativas

El TPP ha pasado por diferentes teorías explicativas desde la teoría dinámica, interpersonal, biológica y la cognitiva. De manera muy breve se van a esbozar cada una, pero se profundizará en la perspectiva cognitiva que compete al presente CCU.

11.1. Perspectiva Biológica

Plantea una base temperamental, debido a que los paranoides luchan bajo enormes presiones y parecen generar tremendas cantidades de energía, pocas veces se relajan, están en estado de alerta defensiva, el sistema simpático sobreactivado, movilizado para luchar o huir, se pueden observar tensos, con la mirada puesta bajo el escrutinio. Aunque pueda existir una base temperamental relacionada con la personalidad paranoide, es poco probable que exista un temperamento paranoide específico.

“El temperamento puede constituir una parte del terreno sobre el que se asienta la personalidad, pero no es el jardín entero”.

Un niño con un temperamento irritable y agresivo puede llegar a tener en una personalidad paranoide, sádica, antisocial, o límite (o combinación de varias de estas personalidades). Diferentes factores de su entorno temprano que tienen que ver con las interacciones recíprocas con cuidadores, influyen en la manera de afrontamiento que tenga el niño y en la predisposición afectiva que desarrolle. Si los sentimientos no se comprenden bien, puede llevar a los cuidadores a quitarles el afecto y lo consideren una carga, con lo que disponen el camino para el abuso sádico y, contribuye a que el niño genere objetos hostiles y agresivos que con el tiempo se convierte en una personalidad paranoide adulta. (Millon et al, 2006)

11.2. Perspectiva psicodinámica

Akhtar (1992) (como se citó en Millon et al, 2006, p.469). Hace referencia a cinco áreas de la Personalidad Paranoide

- En el área de concepto de uno mismos: los paranoide son arrogantes, hipócritas e irascibles, pero de manera oculta se sienten tímidos e inferiores y se preocupan por la duda y el sentimiento de culpa.
- La adaptación social: son trabajadores exitosos cuando no lo tienen que hacer en equipo, poseen dificultad en las relaciones interpersonales para trabajar en equipo.
- En el amor y la sexualidad: pocos románticos, con poco sentido del humor en temas sexuales y a los comentarios.
- Lo ético e ideales: valoran lo intelectual, son moralistas.
- En el ámbito de las relaciones interpersonales: son desconfiados, sin sentido del humor, acusadores, frío, de forma oculta son sensibles, vengativos y rencorosos, les da miedo el poder y la autoridad.

Cameron (1963) (como se citó en Beck & Freeman, 2005 p.145) dice que la falta de confianza genera un temor a ser controlado por los demás, esto afecta su vida interpersonal, dando lugar a un aislamiento social que impiden llevar a cabo comprobaciones de la realidad que pueden limitar sus sospechas.

11.3 Perspectiva interpersonal

Esta teoría explica acerca de cómo los seres humanos interactúan y como estas interacciones pueden validar, favorecer y formar una imagen de sí mismo.

(Sullivan 1956) citado por Millon (2006) dice que el desarrollo de una visión paranoide de la vida, requiere de dos requisitos:

- tiene que ver con la inseguridad relacionada con alguna muestra de inseguridad esta puede ser percibida o verdadera, la inseguridad puede ser tan fuerte que llega a la conciencia de manera continua y generar una ansiedad mayor. Ya que el paranoide llega a suponer que la inferioridad es observada por los demás y no puede ser camuflarla, esto se convierte en una imperfección del sí mismo imposible de arreglar, que conlleva a producir sentimientos de inseguridad, vergüenza, que se aumenta en la presencia de otras personas.
- La trasfencia de culpa, es poner la culpa en los demás, sin asumir la responsabilidad que es de ellos.

Se dice que experiencias tempranas de abuso e intensos sentimientos de inferioridad, inseguridad sin importar su origen es una parte significativa del desarrollo de la personalidad paranoide.

Cuando el paranoide reacciona como si todos fueran su enemigo, lo que busca es asegurar su seguridad, autonomía y proteger de influencias externas. Para proteger promueven características interpersonales creadas para impedir el ataque, la vinculación, dependencia, que pueden interpretarse como debilidad.

(Benjamín 1996), citado por (Millon 2006 p.475) en Análisis Estructurado de la Conducta Social “AECS”, habla del desarrollo interpersonal paranoide que tiene que ver con tres aspectos.

- El paranoide puede tener unos padres “sádicos, despreciativos y controladores”.

Pero esperan que sean leales a la familia, los castigos son a través de una actitud fría y sería, se le dan mensajes encubiertos de que el niño es esencialmente mal. El futuro paranoide aprende a esperar el ataque y el abuso a la vez que se identifica con unos progenitores abusivos.

- Los padres esperan autonomía y castigan la dependencia emocional. El llanto es tomado con desaire y se amenaza con futuras acciones disciplinarias. Esto da como consecuencia un adulto aislado, receloso, que trata de no necesitar de los demás, detesta la dependencia y evita pedir ayuda. Además, suelen ser personas que sus familias los compara de manera dañina con otros miembros de la misma.

Adicionalmente a estos niños se les señala de ser arrogantes, hostiles, obstinados o demasiados dominantes o independientes. Los padres en ocasiones tuvieron preferencia con algunos hijos, pero se mostraron duros, castigadores, rencorosos, con el posible paranoide por situaciones que estaban fuera de su control. También estos niños fueron humillados hablando de manera negativa enfrente de ellos. Esto formó un adulto sensible al poder y preocupado porque los premios y castigos se den por igual.

- El futuro paranoide obtiene beneficios por exhibirse de manera competente en algún área que los padres permiten. Los padres esperan un alto rendimiento, pero los logros no son tenidos en cuenta, eso aumenta el resentimiento con el paso del tiempo en paranoide. Dando como consecuencia un adulto que se desenvuelve bien cuando lo hace por el mismo, pero que genera disputas por exigencia de reconocimiento. (Millon, 2006)

11.4. Perspectiva Cognitiva

(Shapiro 1965), citado en (Millon 2006 p. 477; Beck y Freeman 2005) mencionan que la dificultad del paranoide no está en lo que percibe sino cómo lo interpreta. Estos llegan a pensar y crear que nunca se les dice la verdad y que esta, está oculta. Por tanto, les cuesta mucho interactuar con los demás porque estos los pueden engañar, traicionar, a cambio estos se vuelven independientes e impenetrables a influencias externas.

Beck y Freeman (2005) dicen que la desconfianza de los paranoides va más lejos de lo adaptativo. Se ven a sí mismo como honrados, maltratados, observan a los demás como engañosos y manipuladores. Los paranoide son cautelosos, hipervigilantes y suspicaces, para evitar el peligro de ser controlados o devaluados.

Turkat (1985), citado por Caballo (2004, P 69) propone una teoría con cinco etapas para explicar el desarrollo del trastorno paranoide de la personalidad:

Como primero, la atención de los padres se centra en que el niño aprenda que no se debe cometer errores y hacer diferente de los otros. Esto lleva al niño a verse de manera especial y estar alerta a las evaluaciones que los demás hagan de él.

Segundo es, una educación parental temprana vuelve al niño ansioso, a la defensiva, que cree ser diferente y llega a comportarse de manera diferente a sus pares, llegando a ser rechazado por estos. Esto apoya las expectativas de los padres y aminora la posibilidad de que el niño adquiera habilidades sociales y lo lleve.

Tercero, cuando se produce el aislamiento, se corrobora las sospechas y temores que el individuo está solo. El aumento de la ansiedad soslaya la socialización normal en la adolescencia y aumentan las ideas obsesivas sobre ese aislamiento.

Cuarto, trata de disminuir la ansiedad con explicaciones racionales, ellos han aprendido a ser diferentes de los demás, lo que hace que evalúen su contexto de manera diferente. Llevándolos a explicaciones como: “los demás están en contra de mí porque están celosos de mis capacidades especiales”.

Quinto, el ciclo se perpetúa porque las sospechas y la conducta hipersensible alejan a los demás y así aumentan el aislamiento social del sujeto. Ya que el individuo hace una selección a estímulos sociales específicos, debido a esto realiza una mala interpretación de los propósitos de los demás, respondiendo de una forma no adecuada. (Millo 2006; Beck 2005; Caballo, 2005).

Esta investigación plantea que un factor explicativo de la presencia de creencias centrales paranoides en la población de referencia hace mención a las experiencias sociales relacionadas con la delincuencia (asalto, extorsión, secuestro y asesinato frecuentes en Colombia en los últimos 60 años), las cuales generan un patrón de comportamiento hipervigilante, cuya función es controlar el abuso, la manipulación, la humillación o la traición (Castrillón et al, 2007).

12. Evaluación

A continuación, se mencionan algunas pruebas que pueden ser utilizadas para medir el Trastorno de Personalidad Paranoide, apoyan el proceso de evaluación y confirmación de un diagnóstico preliminar.

12.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II

Instrumento de evaluación en psicología clínica y psicopatología, enlazado con él con el sistema diagnóstico oficial. Suministra información en tareas de evaluación y tomas

de decisión en tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, 26 escalas: 4 escala de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad, y alteración); 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva/Masoquista); 3 escalas de personalidad patológica (Esquizotípica, Límite y Paranoide); 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso del Alcohol y Abuso de las drogas); 3 síndromes clínicos de gravedad severa (Pensamiento Psicótico, Depresión Mayor, y trastorno delirante), se aplica entre 20 o 30 minutos, (Millon 2004).

12.2. Escala de Paranoia (PS).

Escala auto-administrada de 11 ítems, mide ideación paranoide y dimensionalmente ideación paranoide, puntuando cada ítem sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (Pérez y Navas 2013).

13. Tratamiento cognitivo conductual

Para la investigación del CCU la intervención se realizará desde un enfoque cognitivo-conductual, en una menor medida se recurre a la Terapia Centrada en Esquemas, ya que su carácter integrador, permite contar con medios de tratamiento más profundos y significativos desde lo emocional, (Young, Klosko, & Weishaar, 2013). Además, es importante conocer la eficacia, pronóstico y las estrategias de intervención.

Los pacientes con un Trastorno de Personalidad Paranoide suelen tener un deterioro en las relaciones interpersonales, convirtiéndose en un problema en su contexto más que para él mismo, en consulta les cuesta expresar sus problemas emocionales, interpersonales.

Por su desconfianza, pocas veces permiten que lo indaguen, creando una barrera con el terapeuta (Caballo 2004).

Pretzer (1998) como se citó en Millon et al (2006) recomienda iniciar con un enfoque conductual, trabajando primero con los en objetivos por los que consulta el paciente y los que sean menos intimidantes para este. Por tanto, es importante comenzar por aumentar la eficacia de paciente, él propone hacerlo de dos maneras para aumentar la autoeficacia:

1. Hacer evaluaciones objetivas encaminadas a aumentar la eficacia.
2. Trabajar en habilidades de afrontamiento, para tratar de reducir la sensación de amenaza y de ansiedad. Y hacer intervenciones cognitivas para el pensamiento dicotómico. (p.492)

Así mismo, (Pretzer 2005), como se citó en (López Pell, Rondón, Cellerino, & Alfano, 2010) propone un plan de tratamiento más amplio y detallado para el Trastorno de Personalidad Paranoide, este se encuentra expuesto en la figura. 8.

CURSO DE TRATAMIENTO		
	Objetivos	Técnicas
Establecer una relación terapéutica	Reducir la vigilancia y el estrés inicial	Aceptar la desconfianza que manifiesta el cliente, y demostrar confianza gradual mediante la acción. Ser claro, frontal y coherente. No presionar al cliente para que hable de sus pensamientos y sentimientos delicados. Utilizar analogías para referir a situaciones paranoides. No exponer directamente al paciente a las mismas.
Estructurar las sesiones de terapia	Identificar las áreas – problema que se van a abordar, relegando el trabajo sobre pensamientos típicos del trastorno	Darle control al paciente sobre el contenido de las sesiones, las tareas para la casa y la frecuencia de las mismas.
	Continuar trabajando sobre capacidad de afrontamiento. Aumentar la sensación de eficiencia -en pos de disminuir indirectamente el sentimiento de vulnerabilidad-	Incrementar la capacidad de afrontamiento a situaciones problemáticas, mediante técnica de resolución de problemas y conductuales para abordar problemas propuestos por el paciente. Realizar intervenciones que generen una apreciación realista de su capacidad de afrontar problemas.
Identificar y modificar las creencias disfuncionales subyacentes	Modificar la desconfianza y la percepción de los demás como malos, hacia una evaluación realista	No presuponer que la desconfianza es distorsionada. Técnica del continuo: evaluar a los demás mediante una escala continua que una dos extremos dicotómicos, i.e. desconfianza – confianza.
	Modificar el circuito de la ideación paranoide, que incide en las relaciones interpersonales generando hostilidad y confirma tal ideación	Abordar las cogniciones que bloquean autoafirmaciones apropiadas, i.e. 'si saben lo que quiero, lo utilizaran en mi contra'. Entrenamiento en asertividad, acompañado de una evaluación de la reacción de los demás ante comunicaciones asertivas.
	Ayudar al paciente a desarrollar y mantener la nueva capacidad de ver a los demás y de empatizar con ellos	Descubrimiento guiado -en pos de ayudar a reconocer los modos provocativos de su estilo de interacción anterior-: Realizar preguntas que requieran que el cliente prevea el efecto de sus acciones sobre los demás y considere lo que sentiría él si los roles se invirtieran. Continuar entrenamiento en asertividad, incorporando ejercicios de roleplaying -es necesario que el paciente distinga su modo anterior de evaluación y comunicación para este ejercicio-.
Trabajar sobre la ansiedad	Educar al paciente para reconocer y afrontar efectivamente las situaciones sociales que solían generar estrés.	Psicoeducación: explicar el circuito cognitivo típico del trastorno paranoide, focalizando en alternativas de pensamiento -y acción- ante situaciones que generan suspicacia y ansiedad.

Fig. 4 Pretzer (2005)

Por otra parte, Millon, y Davis (2000) mencionan que es importante hacer el restablecimiento del equilibrio entre polaridades, debido a que los pacientes con Trastorno de Personalidad Paranoide son susceptibles al dolor psicológico, al rechazo y a la humillación. Por lo anterior constantemente evitan las situaciones que generen un refuerzo negativo. Son cautelosos por el temor hacer dañados por los demás y por ser controlados; estos han aprendido a aislarse y centrarse en sí mismos.

La terapia debe iniciarse por: reducción de la orientación predominante; la insensibilidad excesiva a las necesidades de los demás. Se debe neutralizar la desconfianza para equilibrar la polaridad de dolor-placer. Si los pacientes con Trastorno de Personalidad Paranoide logran observar que en la interrelación con los otros existe retribución positiva, se conseguirá que quiera experiencias agradables en las relaciones interpersonales.

Beck, A. y Freeman, A (2005) plantean que, para el tratamiento con los pacientes con este trastorno, se debe tratar de aumentar la sensación de capacidad para que el paciente pueda confrontar situaciones problemáticas, para que pueda generar confianza en sí mismo y llegue a solucionar los problemas que se le presenten; con lo anterior se podrá disminuir la vigilancia y la posición defensiva y la sintomatología, lo que posibilita trabajar las cogniciones con técnica convencionales de la Terapia Cognitiva. Para trabajar la desconfianza en la terapia, el terapeuta debe aceptar de manera libre la desconfianza del paciente y paulatinamente demostrar su propia confiabilidad con acciones, sin coaccionar al paciente para que confíe en él de manera inmediata.

Además, es importante trabajar la cooperación en la terapia, el psicólogo debe tratar de comprender las metas del paciente para poder orientar la terapia hacia ella e iniciar con los objetivos menos amenazantes para él; para la programación de las sesiones se recomienda una por semana. Entonces los focos para trabajar en el TPP serían: modificar supuestos básicos; trabajar la confianza; hipervigilancia; los conflictos interpersonales y la flexibilidad.

Carroll (2009). En su investigación propone unos objetivos a tener en cuenta al momento del tratamiento:

Los objetivos apropiados del tratamiento a largo plazo incluyen ayudar al paciente a: reconocer y ayudar aceptar sus propios sentimientos de vulnerabilidad; aumentar sus

sentimientos de autoestima; desarrollar una visión más confiada de los demás; verbalizar su angustia, en lugar de usar estrategias contraproducentes tales como rechazar o intimidar a otro.

Al igual que con todos los trastornos de personalidad, el progreso es probable que se lento algunos sugieren que al menos doce meses pueden ser necesarios antes de determinar si el tratamiento es eficaz.

En investigaciones se ha observado que: Como en el resto de los trastornos de la personalidad, el principal tratamiento es la psicoterapia. Estos pacientes, debido a su suspicacia, responden muy mal en la psicoterapia grupal, por lo que la mayoría de los esfuerzos terapéuticos deben iniciarse en el contexto de una terapia individual. Estos pacientes suelen acudir a terapia alentados por terceros. Se recomienda iniciar con tratar de hacer la alianza terapéutica. Los pacientes paranoides presentan un gran riesgo de volverse violentos, siendo importante tener presentes algunos principios de manejo con dichos pacientes, como son ayudarles a mantener una sensación de control, hacer todo lo posible para ayudar a salvar las apariencias, estimular a los pacientes a que verbalicen la rabia antes que canalizarla de forma violenta; en la medida de lo posible proporcionar una habitación con suficiente espacio y, finalmente, estar atento a la propia contratransferencia, ya mencionada, en el trato con pacientes potencialmente violentos (Andreu et al, 2015).

Esta investigación detalla la evaluación, formulación y tratamiento de un caso de TPP en un contrato de 24 sesiones de terapia analítica cognitiva (TAC) la metodología resultante fue un A/B con seguimiento Diseño extendido de caso único experimental (DECUE).

El DECUE fue suplementado con entrevistas cualitativas vía (change interview) “entrevista estructurada” en relación a su experiencia con la TAC, si el cambio ha tendido lugar y se detalla algún cambio de mecanismo identificado.

Los resultados cuantitativos demuestran que cinco de cada seis quejas de objeto de paranoia estimado fueron eliminados durante la fase de tratamiento. Cualitativamente, el paciente atribuyó el cambio a la terapia llevada a cabo. Los resultados sugieren que la TAC fue una intervención efectiva en este caso de TPP y son discutidos en términos de ausencia metodológica, las implicaciones de tratamiento y el potencial para generar una base evidencial convincente para la psicoterapia del TPP. (Kellett y Hardy 2013).

Ninguno de los posibles tratamientos para el trastorno paranoide de la personalidad ha sido sometido a ensayos controlados aleatorios. A pesar de esto, la condición no debe ser visto como intratable y hay un grado de consenso con respecto a los principios generales, cuando se trata de manejar con seguridad el trastorno (Carroll, 2009).

14. Análisis del caso

Para el presente trabajo de CCU se ha hecho un rastreo bibliográfico sobre el tema del TPP encontrando pocas investigaciones sobre este trastorno, motivo que hace este trabajo enriquecedor en el ámbito académico.

Las personas con Trastorno de Personalidad Paranoide no asisten a consulta debido a su trastorno, en cambio, lo hacen por otros problemas que se pueden presentar en las diferentes áreas de su vida (Caballo, 2004). El presente trabajo no es la excepción, la

paciente acude a consulta por el malestar que le generó, descubrir la infidelidad de su pareja, exacerbando sus rasgos paranoides.

Beck (2005) afirma que los pacientes con Trastorno de Personalidad Paranoide por su desconfianza, cautela e hipervigilancia son prevenidos en terapia al momento de develar información de su vida personal (laboral, de pareja, padres). Esto hace que el proceso terapéutico se haga lento para llegar a un diagnóstico y hacer la conceptualización de caso, se muestran alerta frente a la comunicación no verbal del psicólogo y devoluciones que se hagan en el proceso, igualmente escrudiñan cualquier situación que se presenta en la sesión. Para realizar el diagnóstico de Rasgos de Personalidad Paranoide se presentaron complicaciones porque, aunque se observaban algunas características clínicas durante las sesiones por el contexto (infidelidad) se podía decir que eran reacciones comunes por la situación, De igual forma, menciona que este trastorno no es tan evidente en las primeras sesiones, y puede llegar a pasarse por alto.

La paciente era sutil y evasiva frente a las respuestas que daba cuando se le indagaba las diferentes áreas de su vida personal, social, académica, brindaba poca información; el Rasgo de Personalidad Paranoide se pudo confirmar después de 3 meses de terapia donde la paciente se sentía confiada y se había logrado trabajar el efecto emocional producido por la infidelidad de su pareja que fue el motivo de consulta en un primer momento, dicho suceso activó ciertos esquemas que dejan ver de manera más evidente estos rasgos.

Las personas con Trastorno de Personalidad Paranoide son personas que están en constante búsqueda de la hostilidad y confirmación del engaño en los demás, les disgusta

sentirse controlados, cuando sienten que son engañados alejan a la persona de su vida. La paciente aunque tiene Rasgos de Personalidad Paranoide constantemente intentaba estar confirmando la maldad, la mentira y la traición de las personas que están a su alrededor, además tenía una alta necesidad de controlar todas las situaciones de su entorno, así como lo expresan (Millon, 1994, 2000; Beck, 2005) los TPP son de pensamiento rígido, inflexible, irascibles, desconfiados, carentes de sentido del humor, suspicaces, están en constante búsqueda de la intenciones ocultas de que tienen los demás, ocultan sus pensamientos y sentimiento por temor a que se han utilizados en su contra. Sin embargo, al nivel de confianza que se pudo establecer entre paciente y terapeuta, se puede evidenciar que la paciente posee Rasgos de Personalidad paranoide.

La paciente en consulta se observa con un pensamiento caracterizado por ser rígido e inflexible donde las otras personas deben pensar igual que ella; buscaba continuamente las segundas intenciones, pocas veces expresa sus pensamientos y emociones y cuando lo hace, estas expresiones y reacciones eran acompañadas de conductas agresivas e impulsivas, generalmente se muestra como una persona fuerte, evitando así que se aprovechen de ella; porque la debilidad no está permitida en su vida.

En el tratamiento Carroll (2009) sostiene que las personas con Trastorno de Personalidad Paranoide no han sido sometidas a estudios aleatorios controlados, pero que esto no es excusa para dejar de realizar el tratamiento; reconoce además que existe entre la comunidad científica un consenso respecto a los principios generales al momento de intervenir este trastorno. (Beck y Freeman 2005; Millon, 2006) y Turkat (1990), como se citó en Caballo (1998) proponen el tratamiento para la intervención de este trastorno es un paso a paso para lograr una adherencia en el proceso, dando inicio a explicar al paciente la

importancia de la cooperación, esto permite que psicólogo y paciente puedan desarrollar las sesiones subsiguientes. Como se pudo observar en la paciente se retomó parte de la propuesta realizada por los anteriores autores, donde se tuvo en cuenta trabajar las habilidades sociales, la cooperación, la autoeficacia, la desconfianza y se hicieron límites claros y pertinentes frente al rol que cumple el psicólogo en la terapia, también se trabajó la focalización para poner en el paciente el proceso y no en los demás.

Blandón (2000) y Riso (2000) dicen que la infidelidad tiene reacciones que son típicas de este suceso: a) a nivel emocional: ira, tristeza, miedo, desconfianza, depresión, ansiedad. b) A nivel cognitivo: pensamientos de incapacidad, pensamientos que todo el mundo lo traiciona, pensamiento que nadie lo quiere, dificultad para concentrarse, rumiación de pensamiento frente al suceso, pensamientos de venganza, pensamientos que es la burla de sus amigos. c) A nivel conductual: aislamiento, llanto, agresividad, hostilidad, d) a nivel fisiológico: sudoración, insomnio, aumento o disminución del apetito.

Las anteriores reacciones son típicas y comunes a todas las personas que viven un episodio de infidelidad de su pareja, por tanto se pensó que los síntomas que presentaba la paciente en consulta eran una reacción general a este evento, sin embargo con el tiempo y con el perfil cognitivo fue que se logró observar el concepto que ella tiene de sí misma, el concepto que tiene de los demás, que no fue solo el resultado de este suceso, sino que es un asunto que siempre ha estado en la vida de ella. Beck (2005) en el perfil cognitivo plantea que: la palabra clave es la desconfianza, se perciben a sí misma como recta y se siente maltratada por los demás, a los demás los percibes como tortuosos, mentirosos, traicioneros, manipuladores, piensan que quieren obstaculizarlos, humillarlos, discriminarlos pero secretamente; con una creencia nuclear soy vulnerable, no puedo

confiar en los demás; con creencias instrumentales estar en guardia, no confíes es los demás, no te dejes engañar; su amenaza es ser manipulado, controlado, desvalorado; su estrategia la hipervigilancia; su afecto es la cólera. Lo anterior ayudo a confirmar que si tenía un perfil paranoide y posteriormente se evaluó si en el transcurso de la vida, esto había sido estable a lo largo del tiempo y si estaba presente en las distintas áreas de su vida o al menos en dos; se corroboró que si, por eso se diagnosticó con rasgos de trastorno de la personalidad paranoide, a pesar que mucho de estos síntomas son típicos de cualquier persona que vive un evento de infidelidad. En las siguientes sesiones se logró estabilizar en cuanto al impacto de la situación, control somático y del estado de ánimo.

Después de tres meses en consulta la paciente dejó ver con mayor claridad sus rasgos Paranoides, en la conceptualización de caso se encuentra la creencia nuclear de “soy débil”, y como reglas rígidas que han ayudado a compensar la sensación de debilidad, están: tener que ser fuerte, tener todo bajo control, no equivocarse, estar hipervigilante antes de que abusen o la engañen. Por tanto, todos sus síntomas se activan porque está sometida a un engaño y este la lleva a sentirse débil y vulnerable sacando así todas sus estrategias, siendo más fuerte, agresiva, hostil, vengativa, hipervigilante para poderse proteger, lo que se comprueba en el perfil cognitivo de Aaron Beck. Se comenzó a sospechar un TPP después de la estabilización del evento desencadenante, se inició a indagar a mayor profundidad por las diferentes áreas de su vida.

Beck (2005); Millon (2006) proponen que para trabajar con estos pacientes es de gran ayuda comenzar por los objetivos propuestos y menos amenazadores para el paciente. Con la paciente se inició a trabajar el suceso de la infidelidad; los hallazgos encontrados en las asesorías después de trabajar el suceso de la infidelidad fueron coherentes con las

características de un Trastorno de Personalidad Paranoide. Todo lo anterior deja ver que, aunque sea difícil trabajar con estos pacientes ellos pueden tener adherencia a la terapia. De todas maneras, se pudo ver como el énfasis en el trabajo de autocontrol, en disminuir las conductas agresivas, en las habilidades asertivas, la resolución de problemas, la toma de decisión, se logró estabilizar a la paciente y dar la oportunidad de seguir haciendo el trabajo en el largo plazo con su rasgo de trastorno paranoide que a un continua en terapia.

15. Conclusión y discusión

El objetivo general del presente Caso Clínico Único fue analizar, describir y explicar la problemática de una paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide, se hizo una revisión exhaustiva sobre el tema que permitió profundizar sobre la patología, ampliar el conocimiento sobre el proceso terapéutico, facilitar la comprensión de la información, formulación y hacer un diagnóstico del caso, el Modelo de Terapia Cognitiva facilitó la consecución de la estabilidad sintomática, debido a las intervenciones que se realizaron en las sesiones y puestas en prácticas por la paciente fuera de la consulta. Los objetivos generales igual que los específicos fueron alcanzados.

El descubrimiento guiado sirvió como herramienta fundamental para que la paciente pudiera relatar su problemática, se logró identificar los estresores, lo que permitió la construcción de los objetivos de la terapia y una adecuada adherencia al tratamiento. Esta herramienta en las sesiones posibilitó evidenciar los pensamientos distorsionados, debatirlos y reestructurarlos, esto ayudó al paciente a entender las diferentes cogniciones sobre la situación inicial por la cual consultó y encontrar respuestas más adaptativas frente

a sus pensamientos, a su vez también ayudo a realizar el diagnóstico del Rasgos de Personalidad Paranoide y permitió la comprensión, formulación del caso.

La eficacia de las técnicas terapéuticas cómo: el cuestionamiento socrático, el descubrimiento guiado, el empirismo colaborativo, la reestructuración cognitiva, la resolución de conflicto, análisis de ventajas y desventajas, relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento asertivo, entre otras y el tratamiento planteado para trabajar desde el Modelo de Terapia Cognitiva propuesto por Beck (2005) permitió que el paciente pudiera flexibilizar un poco su pensamiento, bajar su sintomatología, disminuir un poco su desconfianza frente a los demás. Se puede concluir que el tratamiento y las técnicas empleadas fueron de ayuda en el caso clínico para lograr una estabilidad emocional, conductual y cognitiva en el paciente.

En el CCU de un paciente con Rasgos de Personalidad Paranoide (RPP) fue importante realizar la investigación porque permitió ahondar sobre este tema y enlazar la problemática del paciente con la teoría encontrada, además se pudo identificar las estrategias que desarrollo, su creencia central, supuestos subyacente, hasta llegar a su diagnóstico. Esta investigación hace un aporte académico para la comprensión de una paciente con RPP, también sirve como base de datos para hacer un rastreo bibliográfico, porque en este se va encontrar la eficacia de las estrategias terapéuticas, tratamientos, focos de intervención, entre otros. Además, como se ha mencionó en el presente trabajo, es muy escaso los pacientes que llegan a consulta por este trastorno y son pocas las investigaciones realizadas del mismo, esto hace que este trabajo se interesante para docentes, estudiantes y brinda herramientas que posibilitan la formulación de un CCU.

De acuerdo con la literatura consultada y el proceso terapéutico llevado a cabo con la paciente, se evidencia en este caso, que la misma no cumple a cabalidad con los criterios diagnósticos del DSM-5, aparte de esto, el mismo manual menciona que para el diagnóstico se debe evidenciar un deterioro o malestar significativo capaz de interferir en las diferentes dimensiones de la vida (laboral, familiar y social, entre otras). Lo anterior, permite concluir, que no se trata de un Trastorno de Personalidad, sino de Rasgos de Personalidad Paranoide, exacerbados por la infidelidad.

Referencias bibliográficas

- Amerinca Psychologic Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Panamericana.
- Barón, O., Ferrer, A., Mendoza, A., Vanegas, J., Ventura, M., & Russo, A. (2015). *Temas en psicología clínica*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Beck, A., & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología en la vida moderna*. España: McGraw-hill.
- Bernabeu, A. A., Salazar De Pablo, G., Gómez Vallejo, S., & Cabeza, I. G. (2015). Trastornos de la personalidad clínicamente más significativos: límite, obsesivo compulsivo y paranoide. *Revista de la educación superior*, 11(84), 5015–5021.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.011>
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cautela, J. R., & Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación : manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Martínez Roca. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=142132>
- Chaudhary, M., & Rabheru, K. (2009). Síntomas paranoides en pacientes ancianos. *Revista de Toxicomanías*, (56), 23–31.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Vasco, P., Ehu, U. P. V, Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2016).

Hombres violentos contra la pareja : ¿ tienen un transtorno mental y requieren tratamiento psicológico ? Hombres violentos contra la pareja : ¿ tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico ? Male batterers : are they mentally ill and are. *Terapia Psicológica*, 34(1), 31–40.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp Psiquiatr*, 5(38), 249–261. Recuperado a partir de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

G, B.-C., & J, S. (2002). Normas de redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología*, 261–270. Recuperado a partir de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-55.pdf

Halgin, R., & Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad: perspectiva clinica sobre el desórdenes psicológicos*. México: McGraw-hill.

López Pell, A., Rondón, J., Cellerino, C., & Alfano, S. (2010). Guías Esquemáticas de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad para profesionales, desde el Modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas*, IV(1), 97–124. Recuperado a partir de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/114/102>

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

- Millon, T., & Davis, R. (2000). *Transtornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., George, S., & Averly, J. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. España: Martínez Roca.
- Padesky, D. (2000). *Terapia cognitiva de pareja*. España: Descleé de Brouwer.
- S.n. (2007). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterio diagnóstico de investigación*. Madrid: Panamericana.
- Sarason, B., & Sarason, I. (2006). *Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptado*. México: Pearsons.
- Smith, M. (1985). *Cuando digo no me siento culpable*. Barcelona: Grijaldo.
- Valor-segura, I., & Expósito, F. (2010). Emociones Poderosas y no Poderosas ante Conflictos de Pareja : Diferencias de Género Powerful and Powerless Emotions in Partner Conflicts : *Intervención Psicosocial*, 19(2), 129–134.
<https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a4>
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de Esquemas: Guía práctica*.